

様式第 1 号

年 月 日

小田原市立病院新改革プラン策定支援等業務委託
公募型プロポーザル参加申込書

小田原市長 様

所在地

名称

代表者氏名

⑨

小田原市立病院新改革プラン策定支援等業務委託に係る提案に参加したいので、次の書類を添えて提出します。

なお、添付書類の記載内容については、事実と相違ありません。

事業者概要書

1 部

【当該提案に係る担当者連絡先】

所 属 部 署	
担 当 者 名	
電話番号 (内線)	
F A X	
E - m a i l	

* 書類送付・質問回答等の送付先となります。

様式第 2 号

事業者概要書

住所又は所在地	
提案参加申込者の 名 称	
代 表 者 氏 名	
設 立 年 月 日	年 月 日
資 本 金 額	
従 業 員 数	正社員 名
	パート・アルバイト等 名

- 1 地方自治法施行令（昭和 2 2 年政令第 1 6 号）第 1 6 7 条の 4 の規定に該当しません。
- 2 小田原市工事等入札参加資格者の指名停止等措置要領による指名停止期間中の者ではありません。
- 3 過去 5 年間（平成 2 3 年度から平成 2 7 年度まで）に 3 0 0 床以上の公立病院において、「小田原市立病院新改革プラン策定支援等業務委託仕様書」に定める業務内容に相当する実績を有しています。

なお、実績については、次のとおりです。

病院名 (契約の相手方)	病床数	業務の名称	完了年度 (和暦)

※ 病院名欄に、設立主体名を記載すること。（例：〇〇立□□病院）

※ 記入欄が不足する場合は、別紙（様式任意 A 4 版縦）としてください。

様式第3号

年 月 日

質問票

提案参加申込者の名称	
------------	--

質問項目	
(内容)	

※ 質問内容は、項目ごとに別葉で作成すること。

様式第 4 号

年 月 日

小田原市長 様

所在地

名称

代表者氏名

㊞

小田原市立病院新改革プラン策定支援等業務委託に係る提案提出届

小田原市立病院新改革プラン策定支援等業務委託に関し、次の書類を添えて提案します。

- 1 提案書（任意様式）・・・・・・・・・・・・・・ 10 部
- 2 見積書及び見積内訳書（任意様式）・・・・・・・・・・・・ 1 部