

**小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務
公募型プロポーザル実施要領
様式集**

小田原市病院事業管理者

【様式1】

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

誓約書

小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務に関する公募型プロポーザルに参加するに当たり、実施要領の「4 参加資格要件」に記載されている要件をすべて満たしていることを誓約します。

事業所所在地

事業者名

代表者職氏名

⑩

参加申込書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 あて

申請者 事業所所在地

事業者名

代表者職氏名

印

小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務の公募型プロポーザルに参加したいので、小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務公募型プロポーザル実施要領「6 参加申込書の手続等について」の規定により、参加申込書を提出します。

(連絡担当者)

所属	
フリガナ 氏 名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
電子メールアドレス	

企 業 概 要

事業者名 _____

項 目	内 容
事業所所在地	
代表者職指名	
資本金	
従業員数	
設立年月日	西暦 年 月 日
事業内容	
年間売上金額	
営業所一覧	
診療材料及び医薬品物流管 理業務受託数	

業 務 実 績

No.	件 名	委託者名	委託者所在	委託者病床数	その他 特記事項等
	委託期間				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

※令和元年度以降に、許可病床数 400 床以上の病院において、2 年以上継続して受託した診療材料及び医薬品物流管理委託の業務実績に係る契約書等の写し及び業務の内容が分かる仕様書等（件名、委託期間、委託者名、委託者所在、委託者病床数、その他特記事項等が確認できるもの。）を A4 縦サイズに合わせて、本様式に添付してください。

質 疑 書

令和 年 月 日

小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務の公募型プロポーザル参加につき、小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務委託公募型プロポーザル実施要領「8 質疑書の受付及び回答」に規定するところにより、次の事項を質問します。

(質疑事項)

項 目	質 疑 内 容

※1 この質疑書に記入の上、FAXまたは電子メールにより送付してください。また、FAX送信後は、速やかにその旨を電話にて連絡してください。

FAX 0465-34-3179

電 話 0465-34-3175

※2 質疑がない場合の質疑書の提出は不要です。

提出期限	令和5年7月12日(水)午後5時00分まで
------	-----------------------

(連絡先等)

事業者名	
担当者	所属 氏名
電子メール	
電話及び FAX	

業 務 提 案 書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 あて

申請者 事業所所在地

事業者名

代表者職氏名

印

小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務公募型プロポーザル実施要領による、業務提案書類を提出します。

なお、プレゼンテーション及びヒアリングの参加者については、次の者とします。

(プレゼンテーション及びヒアリングの参加者)

所属・役職

氏 名

連 絡 先

所属・役職

氏 名

連 絡 先

所属・役職

氏 名

連 絡 先

提案価格見積書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 あて

申請者 事業所所在地

事業者名

代表者職氏名

印

小田原市立病院診療材料及び医薬品物流管理業務公募型プロポーザル実施要領による、提案価格見積書を次のとおり提出します。

									円
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

注意

- (1) 業務期間（3年間）総額をご記入ください。
- (2) 上記の金額には消費税及び地方消費税（10%）を含むものとする。
- (3) 数字は、算用数字にて右詰で記載し、頭部に「¥」をつけてください。