

**小田原市立病院連帯保証人代行制度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

小田原市立病院連帯保証人代行制度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「3 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

小田原市立病院連帯保証人代行制度の公募型プロポーザルに参加したいので、小田原市立病院連帯保証人代行制度プロポーザル実施要領「5 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	

契 約 実 績

No	発注者（医療機関）名称	契約期間	通算契約期間	公的医療機関
例)	〇〇市立病院	令和元年4月～令和4年3月	3年	○
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※ 令和6年3月1日時点において、医療機関との契約実績のうち、3年以上継続利用しており、かつ保証料を病院負担としている契約実績を記入してください。

※ 通算期間欄にはその契約を継続して更新している場合には通算の契約期間を記入してください。

※ 公的医療機関欄には、発注医療機関が公的医療機関（医療法第31条において規定されている開設者が開設する医療機関）の場合は○を記入、そうでない場合は空欄にしてください。

※ 15件を超える実績がある場合は、任意の様式で提出してください。その際、上記様式と同様に「発注者（医療機関）名称」「契約期間」「通算契約期間」「公的医療機関の是非」を記載した様式にしてください。

質 疑 書

令和 年 月 日

小田原市立病院連帯保証人代行制度の公募型プロポーザル参加につき、小田原市立病院連帯保証人代行制度公募型プロポーザル実施要領「6 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 0465-35-0800

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6年4月8日(月)午後5時まで

(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	

【様式6】

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

⑩

小田原市立病院連帯保証人代行制度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

所属・役職

氏 名

連 絡 先

所属・役職

氏 名

連 絡 先