【様式第１号】（Ａ４判）

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人秋田県立病院機構

理事長　鈴木　明文　様

住　　　所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

参加資格確認申請書

次の提案に参加する資格について確認されたいので、関係書類を添えて申請します。

１　提案に付する業務名

地方独立行政法人秋田県立病院機構における病院事業のあり方検討支援業務

２　添付書類

会社概要等整理表　　　　　　（様式第２号）

会社概要紹介パンフレット類　（資本関係がわかる書類）

納入実績整理表　　　　　　　（様式第３号）

従事者証明書　　　　　　　　（様式第４号）

【様式第２号】（Ａ４判）

会社概要等整理表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企画提案者 | 会社（団体）名 | 連絡担当者 | 所属 |
| 役職・氏名 |
| 所在地 |
| 電話番号（内線） |
| ＦＡＸ |
| ホームページアドレス |
| 電子メールアドレス |

＜会社（団体）の概要＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設立年月 |  | 資本金（円） |  |
| 売上金（円） |  | 従業員数（人） |  |
| 支社（支店） |  | 関連会社 |  |

※１　売上金は直近の決算期のものを記入してください。

※２　会社概要など参考となる資料がありましたら添付してください。

＜外部協力事業者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 協力内容 |  |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 協力内容 |  |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 協力内容 |  |

※　この表は該当がある場合についてのみ記入してください。【様式第３号】（Ａ４判）

納入実績整理表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 物件名 | 発注者名  実施期間 | 納入内容  （フェーズ、規模、難度、利用技術等） | 業務上の役割  （責任）等 |
|  |  |  |  |

※１　同種・類似業務のうち、主なものについて複数（過去３年以内の１件以上含む）記載してください。

【様式第４号】（Ａ４判）

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人秋田県立病院機構

理事長　鈴木　明文　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

従事者証明書

地方独立行政法人秋田県立病院機構における病院事業のあり方検討支援業務について、次の者を従事させることができることを申告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属  (外部協力事業者名) | 氏名 | 職種・資格  （取得年月日） | 経験  年数 | 主な業務経験  （役割・責任） |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |

※　本業務を実施するために必要とされる資格を持つ従事者について記載してください。

なお、記載した従事者の資格・経歴に不備あるいは不十分な点がある場合、参加資格を有すると認めないことがあります。

【様式第５号】（Ａ４判）

質問書

業務名：地方独立行政法人秋田県立病院機構における病院事業のあり方検討支援業務

１．質問内容

|  |
| --- |
|  |

２．回答内容

|  |
| --- |
|  |

令和　　年　　月　　日

（質問者）住所

　　　　　 商号又は名称

　　　　　 代表者氏名

（担当者）担当部署

　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　メールアドレス