

様式第 1 号

令和 年 月 日

一部事務組合下北医療センター管理者職務代理者
一部事務組合下北医療センター
代表副管理者 野 崎 尚 文 様

住 所
商号又は名称
代表者職氏名

㊞

参 加 申 込 書

公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加を申し込みます。

記

1 業 務 名

一部事務組合下北医療センターむつ総合病院医薬品管理業務委託

2 添 付 書 類

- (1) 会社概要 (様式第 3 号)
- (2) 業務実績調書 (様式第 4 号)
- (3) 総括責任者の資格・業務実績調書 (様式第 5 号)
- (4) 誓約書 (様式第 6 号)

担当者所属

担当者氏名

電 話 番 号

F A X 番 号

E-Ma i l

令和 年 月 日

質 疑 書

一部事務組合下北医療センター管理者職務代理者
一部事務組合下北医療センター
代表副管理者 野 崎 尚 文 様

住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

一部事務組合下北医療センターむつ総合病院医薬品管理業務委託について、次のとおり質疑します。

質 疑 項 目	質 疑 内 容
担当者所属・氏名	
電話・FAX番号	
E-Mail	

会 社 概 要

商号又は名称		
本店所在地		
代表者職氏名		
委任先名称		
委任先所在地		
会社設立年月		
資 本 金		
売上高（千円）		
常 勤 職員数	技術関係	
	事務関係	
	工 員 等	
そ の 他		

業務実績調書

年度	事業名	事業概要		
		発注機関名		
		受託期間		
		委託金額	円	
		所在地	病床数	床
		事業内容		
		発注機関名		
		受託期間		
		委託金額	円	
		所在地	病床数	床
		事業内容		
		発注機関名		
		受託期間		
		委託金額	円	
		所在地	病床数	床
		事業内容		
		発注機関名		
		受託期間		
		委託金額	円	
		所在地	病床数	床
		事業内容		

○業務実績は直前5年間(事業年度5箇年分)の類似業務の実績を記載してください。

(履行中の完了していない契約も記載可とする。)

○業務実績は新しい順に最大10件までとしてください。

○事業内容を具体的かつ簡潔に記載してください。

○足りない場合は、行を追加してご使用ください。

総括責任者の資格・業務実績調書

氏 名		生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)			
所属組織					
保有資格等					
<ul style="list-style-type: none"> ・ (登録番号:) (取得年月日: 年 月 日) ・ (登録番号:) (取得年月日: 年 月 日) ・ (登録番号:) (取得年月日: 年 月 日) 					
主要業務実績					
業 務 名	業務内容	発注者	病床数	委託金額	履 行 期 間
					平成 年 月～ 令和
					平成 年 月～ 令和
					平成 年 月～ 令和
					平成 年 月～ 令和
					平成 年 月～ 令和
備考					
<p>※ 保有資格取得年月日及び提出者との雇用年月を証明する書類等を添付してください。</p> <p>※ 主要業務実績は総括責任者の立場で携わった実績を記載して下さい。</p> <p>※ 実績は最大 5 件までとしてください。</p> <p>※ 履行期間は、直前 5 年間(事業年度 5 箇年分)の類似業務の実績を記載してください(履行中の完了していない契約も記載可とする。)</p>					

令和 年 月 日

一部事務組合下北医療センター管理者職務代理者
一部事務組合下北医療センター
代表副管理者 野 崎 尚 文 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

誓 約 書

私は、今般の一部事務組合下北医療センターむつ総合病院医薬品管理業務委託プロポーザルの申請にあたり、下記事項について誓約します。

記

- 1 私は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は同条第6号に規定する暴力団員若しくはこれらの者と密接な関係を有するものではありません。
- 2 私は、本誓約書1の内容を確認するため、貴組合より追加資料の提出を求められた場合は、別の定める期日までに提出します。
- 3 私は、本誓約書1の内容を確認するため、貴組合が他団体に照会を行うことについて承諾します。
- 4 私は、本誓約書1の内容に反することが明らかになった場合は、入札参加資格を制限されても異存はありません。

一部事務組合下北医療センターむつ総合病院医薬品管理業務委託
に係る公募型プロポーザル企画提案書

(提出日) 令和 年 月 日

(企画提案者)

所在地

法人名

代表者

(正本1部のみ押印すること。)

連絡責任者

電話番号

参 考 見 積 書

令和 年 月 日

一部事務組合下北医療センター管理者職務代理者

一部事務組合下北医療センター

代表副管理者 野 崎 尚 文 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

一部事務組合下北医療センターむつ総合病院医薬品管理業務委託について、次のとおり見積りします。

業務委託の費用（総額） _____ 円

[内 訳]

令和5年度（6か月） _____ 円

令和6年度（12か月） _____ 円

令和7年度（2か月） _____ 円

※上記の金額には、消費税を含むものとする。

※この見積りは審査時に参考とするものです。契約締結時には、再度正式な見積書の提出をしていただきます。