【様式1-1】

参 加 資 格 確 認 申 請 書

　　年　　月　　日

豊中市病院事業管理者

所　在　地

　 　商号または名称

代表者職氏名

　市立豊中病院患者入院セット提供業務にかかるプロポーザルに参加したいので，参加資格を確認されたく、次の書類を添えて申請します。

　なお，上記募集要項に示された参加資格要件を満足していることおよび添付書類の内容については，事実と相違ないことを誓約します。

参加資格確認結果通知の宛先

|  |  |
| --- | --- |
| 郵送先住所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |

（添付書類）

１　事業実績書　【様式1-2】　※　契約書（写）を添付すること

【様式1-2】

事業実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 会　社　名 |  |

同種の患者入院セット提供業務（病床数300床以上の病院）の実績について、次のとおり資料を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 事業名 |  | | |
| 施設名　　所在地 |  |  | |
| 病床数 | 床 | | |
| 事業期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | |
| ２ | 事業名 |  | | |
| 施設名　所在地 |  | |  |
| 病床数 | 床 | | |
| 事 業 期 間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | |
| ３ | 事業名 |  | | |
| 施設名　　所在地 |  |  | |
| 病床数 | 床 | | |
| 事業期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | |
| ４ | 事業名 |  | | |
| 施設名　　所在地 |  |  | |
| 病床数 | 床 | | |
| 事業期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | |
| 5 | 事業名 |  | | |
| 施設名　　所在地 |  |  | |
| 病床数 | 床 | | |
| 事業期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | |

※　上記に記載された施設との契約書の写しを添付してください。（契約当事者双方の名称、事業期間、業務内容がわかるもの。契約金額等は非表示（マスキング等）として差し支えありません。）

* 該当する施設が多数ある場合は、代表的な施設について記載してください。
* 参考として事業期間を記載してください。

【様式1-3】

質　　問　　書

　　年　　月　　日

豊中市病院事業管理者

（連絡先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 | 所属　　　　　　　　　　 氏名 |
| Eメール |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

市立豊中病院患者入院セット提供業務に係るプロポーザルの企画提案書について，次の事項を質問します。

（質問事項）No.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 項　　目 | 質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

* 1項目１欄を使用して、欄が不足するときは、複写などで追加してください。
* 質問は、必ず下記アドレス宛電子メールもしくは、FAXでお問い合わせください。

hyoudo@city.toyonaka.osaka.jp

【様式1-4】

企画提案書

豊中市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

件名：市立豊中病院患者入院セット提供業務

１．問い合わせ先

担当者 ：

部署 ：

住所 ：

電話番号 ：

FAX番号 ：

E-mail ：

【様式1-5】

会　社　の　概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 従業員数 | 正規社員 | 人 |
| 契約社員 | 人 |
| パート・アルバイト等 | 人 |
| 業務概要 |  | |

* 提出書類（直近３年分を各１部ずつ）

1. 貸借対照表
2. 損益計算書
3. キャッシュフロー計算書

【様式1-6】

|  |
| --- |
| 提供セットの構成と提供価格及び手数料 |
| **■要求水準書７～１０を踏まえ記入してください**  ①病衣・タオルセット　　　　　　円／日（税抜き）　　　　　　円／日（税込）  ②病衣セット　　　　　　　　　　円／日（税抜き）　　　　　　円／日（税込）  ③おむつセット①　　　　　　　　円／日（税抜き）　　　　　　円／日（税込）  ④おむつセット②　　　　　　　　円／日（税抜き）　　　　　　円／日（税込）  ※各セットの使用目安について記入してください。  ※日常消耗品の提供について記入してください。 |

【様式1-7】

|  |
| --- |
| 運用（業務の実施体制） |
| **■要求水準書１１を踏まえ記入してください** |

【様式1-8】

|  |
| --- |
| 商品の品質維持・管理について |
| **■要求水準書１２を踏まえ記入してください** |

【様式１－9】

処　分　歴　等

年　　月　　日

豊中市病院事業管理者

　　　所　在　地

　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　㊞

募集開始日から過去3年以内の処分歴について、下記のとおり事実と相違ないことを誓約します。

　処分歴はありません

　入札参加停止又は入札参加除外措置を受けた

　契約解除を受けた

　書面での警告をうけた