様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

実施要領等に関する質問書

西脇市病院事業管理者　岩　井　正　秀　様

商号又は名称

所在地

代表者　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

＜連絡先＞

電話

FAX

Mail

西脇市立西脇病院勤怠管理システム更新業務委託プロポーザル実施要領等に関して、以下の質問がありますので提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問箇所 |  |
| 質問内容 |  |

様式第２号

令和　年　月　日

参加意思表明書

西脇市病院事業管理者　岩　井　正　秀　様

商号又は名称

所在地

代表者　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

＜連絡先＞

電話

FAX

Mail

西脇市立西脇病院勤怠管理システム更新業務委託に係るプロポー

ザルに参加を希望します。なお、西脇市立西脇病院勤怠管理システ

ム更新業務委託プロポーザル実施要領に定める参加資格要件を満た

していることを誓約します。

様式第３号

令和　年　月　日

辞　退　届

西脇市病院事業管理者　岩　井　正　秀　様

商号又は名称

所在地

代表者　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

＜連絡先＞

電話

FAX

Mail

　西脇市立西脇病院勤怠管理システム更新業務委託に係るプロポーザルについて、参加意思表明書を提出しましたが、参加を辞退したいのでここに届け出ます。

様式第４号

業務の実績報告書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所在地 | 病床数 | 病床種別 | 受注期間 | 稼動時期 | 業務の概要（新規・変更等） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

様式第５号

会社の概要説明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①名称 |  | | |
| ②本店所在地 |  | | |
| ③県内の支店  ・営業所 | 有・無　（有の場合は、下欄に所在地を記入） | | |
|  | | |
| ④代表者氏名 |  | | |
| ⑤設立年月日 |  | | |
| ⑥経歴・沿革 |  | | |
| ⑦資本金 |  | | |
| ⑧業務内容 |  | | |
| ⑨技術者数 | 分野 | 技術者数 | うち有資格技術者数 |
| ＳＥ |  |  |
| ＣＥ |  |  |
| 営業 |  |  |
| その他 |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

様式第６号

担当者履歴（総括責任者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 関連業務経験年数 |  | | |
| 担当する業務内容 |  | | |
| 所有資格 |  | | |
| 主な業務経歴（同種・類似業務） | | | |
| 発注者 | 業務名 | 年度 | 役割・担当業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 手持ちの業務（令和４年11月現在の同種・類似業務） | | | |
| 発注者 | 業務名 | 年度 | 役割・担当業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式第７号

担当者履歴（管理技術者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 関連業務経験年数 |  | | |
| 担当する業務内容 |  | | |
| 所有資格 |  | | |
| 主な業務経歴（同種・類似業務） | | | |
| 発注者 | 業務名 | 年度 | 役割・担当業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 手持ちの業務（令和４年11月現在の同種・類似業務） | | | |
| 発注者 | 業務名 | 年度 | 役割・担当業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式第８号

担当者履歴（主任技術者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 所属・役職 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 関連業務経験年数 |  | | |
| 担当する業務内容 |  | | |
| 所有資格 |  | | |
| 主な業務経歴（同種・類似業務） | | | |
| 発注者 | 業務名 | 年度 | 役割・担当業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 手持ちの業務（令和４年11月現在の同種・類似業務） | | | |
| 発注者 | 業務名 | 年度 | 役割・担当業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式第９号

令和　年　月　日

誓　約　書

西脇市病院事業管理者　岩　井　正　秀　様

商号又は名称

所在地

代表者　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

＜連絡先＞

電話

FAX

Mail

提出書類の全ての記載事項は、事実に相違ないことを誓約します。事実に相違することが明らかになったとき、次のことについて併せて誓約します。

　１　契約締結前にあっては、契約を締結されなくても異議ありません。

　２　契約締結後にあっては、一方的に契約を破棄されても異議ありません。