様式第1号

参加申込書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

斜里国民健康保険病院　院長

（申請者名）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

担当者所属

氏　 　　　名

Ｔ　 Ｅ　　Ｌ

メールアドレス

プロポーザルに参加を希望しますので、下記のとおり関係書類を添付して提出します。

１　件名　　　斜里町国民健康保険病院　入院セットレンタル提供業務委託事業

２　添付書類　　　（プロポーザル実施要領を確認の上、添付する書類について全て記載すること。）

* 申請は、原則として本店の代表者名で行ってください。ただし、支店長等に申込・契約等に関する権限を委任している場合は、受任者名で申請してください。

様式第２号

誓　約　書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

斜里町国民健康保険病院　院長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

担当者所属

氏 　　 　名

斜里町国民健康保険病院における入院セットレンタル提供業務委託事業者（以下「事業者」という。）の選定に係る公募型プロポーザルへの参加にあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

１．斜里町国民健康保険病院　入院セットレンタル提供業務委託事業　公募型プロポーザル実施要領の「３．応募資格」の要件を満たしています。

２．提出した参加申込書に虚偽又は不正はありません。

３．事業者に決定された場合には、企画提案書に記載した内容を誠実に履行します。

また、斜里町国民健康保険病院ホームページに事業者名を掲載することに同意します。

様式第３－１号

**質　問　書**

「斜里町国民健康保険病院　入院セットレンタル提供業務委託事業公募型プロポーザル実施要領」に基づき、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名  （担当者） |  |
| 連絡先  (電話・メール) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 内容 |
| ※募集要項又は仕様書の該当ページを明記してください。 |  |

様式第３－２号

**質　問　書**

「斜里町国民健康保険病院　入院セットレンタル提供業務委託事業公募型プロポーザル実施要領」に基づき、参加者〇〇〇の提案内容に下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 内容 |
| 提案書ページ数 |  |

様式第４号

**見　積　書**

令和　　年　　月　　日

（宛先）

斜里町国民健康保険病院　院長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

担当者所属

氏 　　 　名

　「斜里町国民健康保険病院　入院セットレンタル提供業務委託事業公募型プロポーザル実施要領」に基づき、下記のとおりに見積ります。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品　　　　目 | | 見積額  （内消費税） |
| A　病衣・タオル・日用品セット | | 円/日  （内消費税額　円） |
| B　口腔ケアプラン | | 円/日  （内消費税額　円） |
| C　紙おむつセット | ①常用セット | 円/日  （内消費税額　円） |
| ②中度セット | 円/日  （内消費税額　円） |
| ③軽度セット | 円/日  （内消費税額　円） |
| D　オプションシューズ販売 | | 円/日  （内消費税額　円） |

※当院への事務手数料（利用料の総額の５％）を相当する額を含んだ見積額とする。

様式第５号

辞　退　届

令和　　年　　月　　日

（宛先）

斜里町国民健康保険病院　院長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

担当者所属

氏 　　 　名

担当

プロポーザルの参加について

１　件名　　　斜里町国民健康保険病院　入院セットレンタル提供業務委託事業

２　意　思　表　示　　　辞退

３　辞退理由

以　上