

(様式第1号)

平成 年 月 日

奈良県西和医療センター 院長 殿

参加者 住 所
商号又は名称
代表者氏名 印

参 加 申 込 書

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき、参加申込書を提出します。

なお、当該説明書の「7 参加資格」をすべて満たしていることを誓約します。

(担当者連絡先)

所 属 : _____

役職名 : _____

氏 名 : _____

所在地 : 〒 _____

電話番号 : _____

F A X 番号 : _____

メールアドレス : _____

(様式第2号)

平成 年 月 日

辞 退 届

奈良県西和医療センター 院長 殿

参加者 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき参加申込書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

質 問 書

奈良県西和医療センター医事課 御中

商号又は名称
担当者 職・氏名
電 話
F A X
メールアドレス

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」等について、
下記のとおり質問します。

記

NO	資料名	ページ	項目番号	質 問 内 容 (簡潔に記載すること)

(様式第4号)

平成 年 月 日

奈良県西和医療センター 院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

業 務 提 案 書

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき、業務提案書及び添付書類を提出します。

(様式第5号)

会社（業務）概要

① 名 称

② 代表者名

③ 設立年月日

④ 経歴・沿革

⑤ 資本金

⑥ 従業員数

役 員 名 正職員 名 パート・アルバイト 名

⑦ 本支店の所在地

⑧ 業務内容

※ パンフレット等を添付して差し支えない。

(様式第6号)

医事業務受託実績

商号又は名称： _____

病 院 名 (病床数・DPC・電子カルテ導入病院の別)	所在市町村	契約期間	受託内容

注：200床以上の病床を有する病院において、平成26年4月1日以降に当該委託業務と同種の業務を受託し、履行した実績で主なものを5件程度記載してください。

見 積 書

奈良県西和医療センター 院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき、見積書を提出します。

記

1 委託業務名

奈良県西和医療センター医事業務委託

2 見積金額

月 額：金 円

※ 消費税に係る課税事業者であるか、免税事業者であるかを問わず、見積もった金額の108分の100に相当する金額を記載すること。

3 見積内訳

※ 積算根拠が分かる資料を添付すること。様式自由。