様式第１号

　 年 　月 　日

尾道市病院事業管理者　様

（質問者）住 所

商号又は名称

代表者職氏名

（連絡先）職 氏 名

電話番号

E-Mail

質　問　書

尾道市立市民病院時間外休日受付業務委託公募型プロポーザルについて、以下の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質 問 内 容 |
|  |
|  |
|  |

提 出 先　ＦＡＸ　0848-47-1004

E-Mail　byoiniji@city.onomichi.hiroshima.jp

留意事項

１）質問者の氏名・連絡先が不明な質問書は受理しないので注意すること。

２）上記枠内に記入しきれない場合は、別紙（任意様式）を添付しても差し支

　　えないが、質問内容は簡潔に記入すること。

様式第２号

　 年 　月　 日

尾道市病院事業管理者 様

（参加申込者）住 所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　 　 　㊞

（担 当 者）所属部署

職・氏名

電話番号

E-Mail

参 加 表 明 書

尾道市立市民病院時間外休日受付業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、関係書類を添えて参加表明書を提出いたします。

なお、参加要件を満たしていること及び関係書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約いたします。

様式第３号

　 年 　月　 日

尾道市病院事業管理者　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

提 案 書

尾道市立市民病院時間外休日受付業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、関係書類を添えて提案書を提出いたします。

様式第４号

　 年 　月　 日

尾道市病院事業管理者　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

見積書

金額　　　　　　　　　　円（税抜）

* 時間外休日受付業務一式にかかる委託料（年度額）を記載すること。

　　　　　※ 見積書の内訳を別紙として明細書（時間帯別人件費（時間・単価・人数）、

管理費など詳細に記載）を添付すること。（任意様式）

（条件）

尾道市立市民病院時間外休日受付業務委託公募型プロポーザル募集要領及び同仕様書に従って業務を実施するものとして、提案に関する条件を承諾の上、上記の金額によって提案します。

様式第５号

　 年 　月　 日

尾道市病院事業管理者　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

参 加 辞 退 届

尾道市立市民病院時間外休日受付業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、参加表明書を提出しましたが、参加を辞退します。