

(様式第1号)

登米市立米谷病院入院セット提供業務

プロポーザル参加申込書

平成 年 月 日

登米市病院事業管理者 大内 憲明 宛

申込者 住 所
商号又は名称
代表者氏名 印

登米市立米谷病院入院セット提供業務プロポーザルに参加したいので、申し込みます。
なお、実施要項5に定める参加資格等の要件を満たしていることを誓約します。

申込事務担当者	所属部署	担当者氏名
	電話番号	FAX番号

(様式第2号)

平成 年 月 日

登米市病院事業管理者 大内 憲明 宛

申込者 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

質 問 書

登米市立米谷病院入院セット提供業務について、次の事項を質問します。

質 問 事 項

(担当者) 氏 名
電 話 番 号
FAX 番 号

(様式第3号)

平成 年 月 日

登米市病院事業管理者 大内 憲明 宛

(提出者) 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

提 案 書

登米市立米谷病院入院セット提供業務に関する公募型プロポーザル実施要領に基づき、提案書及び添付書類を提出します。

なお、記載内容は事実と相違ありません。

(様式第4号)

提案者の会社（業務）概要等		
商号又は名称		
代表者氏名		
設立年月日	年 月 日	
経歴・沿革		
資本金		
従業員数	役員（又は個人事業主）	名
	正社員（又は専従者）	名
	パート・アルバイト等	名
本店所在地		
支店・営業所数	カ所	
業務内容	(具体的に記入)	

(5) 安全体制 (安全体制や苦情処理体制が確保されているか)

(6) 独自性 (システムの特徴、アピールポイント)

(7) その他 (その他特記したい事項)