【様式一覧】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式 | 様式名 | 実施要領内ページ数 |
| 様式１ | 参加意向申出書 | ２ |
| 様式２ | 会社概要 | ２ |
| 様式３ | 業務実績表 | ２ |
| 様式４ | 質問書 | ３、４ |
| 様式５ | 提案資格確認結果通知書 | ３ |
| 様式６ | 提案書 | ３ |
| 様式７ | 業務実施体制 | ３ |
| 様式８ | 業務スケジュール | ３ |
| 様式９ | 結果通知書 | ５ |
| 様式１０ | 辞退届 | ６ |

様式１

プ ロ ポ ー ザ ル 参 加 意 向 申 出 書

令和 年 月 日

豊橋市長　浅井　由崇　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

令和６年４月２６日付けで公告された下記プロポーザルに必要書類を添えて参加を申し込みます。

なお、本書の提出にあたり、応募資格を満たしていること、並びに本書に記載する内容及び添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

1　 件 名

豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務

2　 必要書類

実施要領4において示す書類

連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail

様式２

**会　社　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担当部署の連絡先 | 担当部署名：担当者名：住所：電話：ファックス：電子メールアドレス： |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高 |  |
| 従業員数 | 　　　　　　名（令和　　年　　月末現在） |
| 事業概要 |  |
| 備　　考 |  |

様式３

**豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務実績表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 業務名 | 発注者名 | 病院名（病床数） | 業務概要 | 履行期間 | 備考 |
| 　１ | ◯◯業務 | ○○大学病院 | ◯◯大学病院（◯◯床） |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
| 　２ | ◯◯業務 | ○○市 | ◯◯市民病院（◯◯床） |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
| 　３ |  |  |  |  |  |  |
| 　4 |  |  |  |  |  |  |
| 　5 |  |  |  |  |  |  |

* 記載する業務実績は評価の対象となるため、１件以上最大５件の範囲内で可能な限り提出すること。
* 上記記載内容が確認できる書類（契約書及び仕様書の写し等）を添付すること。
* 履行期間欄は、契約書（写し）に記載の契約期間と一致させること。
* 記入欄が狭い場合、行や列の幅を適宜調整してもよい。

様式４

**質　　問　　書**

業務名　　　豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記業務のプロポーザル | ・参加意向申出書の提出 | に関して、次の項目を質問します。 |
| ・提案書の作成 |

　　　　　　　　　　　　※該当する方を○で囲んでください

令和　　年　　月　　日

　豊橋市長　浅井　由崇　様

　　　　　商号又は名称：

　　　　　代表者氏名：

　　　　　担当者氏名：

　　　　　電話番号：

　　　　　ファックス：

　　　　　電子メールアドレス：

|  |
| --- |
| 質　問　事　項　（簡潔に） |
|  |

注意事項：質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。

様式５

提案資格確認結果通知書

令和 年 月 日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　浅井　由崇

令和６年４月２６日付けで公告された下記プロポーザルについて、提案資格確認結果を通知します。

記

１ 件 名　豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務

２ 提案資格の有無

（１） 資格を有することを認めます。

（２） 次により、資格を有することを認めません。

理由：○○のため

担当課　豊橋市民病院事務局管理課

電話　　０５３２－３３－６２７７

FAX　　 ０５３２－３３－６１７７

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式６

**提案書**

令和　年　月　日

　豊橋市長　浅井　由崇　様

所　 在 　地：

商号及び名称：

代表者職氏名：

提案書の提出について

下記委託業務に係る提案書の募集について、提案書を提出します。

なお、本書の提出にあたり、本業務の契約を締結した場合は本書に記載する内容について、発注者が制限しない限り実現させることを誓約いたします。

記

　1 　業務の名称　　豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務

記載担当者

所　属：

職氏名：

電　話 ：

ＦＡＸ ：

E-mail ：

提案書別紙

|  |
| --- |
| ①業務履行体制 |
| ②研修体制 |
| ③その他特記事項 |

様式７

**豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務実施体制**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 予定者 | 所属・役職 | 今回の担当業務 |
| 責任者 |  |  |  |
| 担当者 | １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

※担当者については、主要な者を記入し、その者の業務実施体制を記入してください。

※欄すべてに記入する必要はありません。欄が不足する場合は適宜追加してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 分担業務の内容 | 再委託先又は協力先及びその理由 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※この項目は、該当する場合に記入すること。

|  |
| --- |
| 業務実施体制・組織図 |
|  |

※協力会社、再委託先との関係など責任の所在がわかるように記載すること。

様式８

**豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務実施スケジュール**

|  |
| --- |
| 業務実施スケジュール契約締結日から令和６年９月３０日の準備期間のスケジュールを記入してください。 |
|  |

様式９

結 果 通 知 書

令和　年　月　日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　浅井　由崇

貴社より提案がありました下記プロポーザル提案書とプレゼンテーションに基づき、審査結果を次のとおり通知します。

記

件名　　　豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務

結果 １　 最適であると特定しました。

　　　　　理由 ○○のため

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

　 ２　次の理由により特定しませんでした。

　　　　 理由 ○○のため

※非特定理由については、本通知日の翌日から起算して5日（土・日、祝日・休日を含まない。）以内に、書面（様式は自由）により説明を求めることができます。

担当課　豊橋市民病院事務局管理課

電話　　０５３２－３３－６２７７

FAX　　 ０５３２－３３－６１７７

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式１０

**辞退届**

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　浅井　由崇　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

1　 件 名

豊橋市民病院病棟看護補助者派遣業務

上記についてプロポーザル参加意向申出書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail