（様式１）

参　加　申　込　書

（業務名）かかりつけ医検索サイネージ・システム業務委託

標記業務に係る受託候補者選定について、公募型企画提案への参加を申し込みます。なお、募集要領に規定されている参加資格を満たしていることを誓約するとともに、当該誓約に違反があった場合には、一方的に審査手続きから除外されても異議ありません。

年　　月　　日

池田市病院事業管理者（あて）

申込者 所在地：

商号又は名称：

代表者（職・氏名）：　　　　　　　　　　　　　 　　 印

電話番号：

統括責任者 所属：

役職・氏名：

　　　　　　　　　 電話番号：

 ＦＡＸ番号：

 Ｅ－ＭＡＩＬ：

（様式２）

会　社　概　要

1. 提案者
	* 会社名（商号又は名称）
	* 代表者（職・氏名）
	* 所在地（本店）
	* URL
2. 会社概要
	* 設立年月日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日
	* 支社・支店

（主な営業拠点、総数）

* + 従業員数（人）
	+ 資本金（円）
	+ 売上高（円）
	+ 沿革
	+ 事業概要
	+ 関連会社
		- 上記の売上金等の値は、直近の単独決算の値としてください。
		- 直近２年度分の「貸借対照表」「損益計算書」「キャッシュフロー計算書」を提出してください。（正本１部のみに添付）
1. 連絡担当者
	* 所属部署
	* 役職・氏名
	* 電話番号
	* FAX
	* E－Mail

（様式３）

業　務　経　歴　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 名称 |  |
| 期間 | からまで | 事業費 | 千円 |
| 取組みの概要 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２ | 名称 |  |
| 期間 | からまで | 事業費 | 千円 |
| 取組みの概要 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３ | 名称 |  |
| 期間 | からまで | 事業費 | 千円 |
| 取組みの概要 |
|  |

* 実績は１項目につき１件とし、令和６（2024）年３月31日までの実績を５件まで記載するものとする（適宜票の追加可）

（様式４）

業務実施体制調書

本業務を受託した場合の体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名前 | 所　属 | 役　割 | 現在の担当業務数 |
| 統括責任者 |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |
| 業務実施組織図 |
| 体制の特徴、不測の事態への対応など |

※　この表は、適宜作り替えてもよいこととする。

（様式５）

統括責任者及び担当者の業務実績調書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 統　括　責　任　者 | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  |
| 担当した主要な取組みの概要と担当分野 |  |
| 特記事項 |  |
| 担　当　者 | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  |
| 担当した主要な取組みの概要と担当分野 |  |
| 特記事項 |  |
| 担　当　者 | 氏名 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  |
| 担当した主要な取組みの概要と担当分野 |  |
| 特記事項 |  |

* 担当者欄が不足する場合は、適宜表を追加すること。

（様式６）

**入札参加停止措置等状況調書**

　年　　月　 日

所在地

事業者名

代表者（職・氏名）　 　　　　 印

下記の４項目について、該当するものに１つチェックを入れてください。

１．本市の入札参加停止措置又は入札参加除外措置の有無

□ 公募開始日から過去３年以内に入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがない。

□ 公募開始日から過去３年以内に６か月未満の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがある。

□ 公募開始日から過去３年以内に６か月以上の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがある。

※ 措置の内容、期間及び終期がわかる書類を添付すること。

２．国又は他の自治体の入札参加停止措置又は入札参加除外措置の有無

□ 公募開始日から過去３年以内に入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがない。

□ 公募開始日から過去３年以内に６か月未満の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがある。

□ 公募開始日から過去３年以内に６か月以上の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがある。

※ 措置の内容、期間及び終期がわかる書類を添付すること。

３．契約解除の有無

□ 公募開始日から過去３年以内に本市から契約解除を受けたことがない。

□ 公募開始日から過去３年以内に本市から契約解除を受けたことがある。

※ 契約解除通知書の写しを添付すること。

４．書面での警告の有無

□ 公募開始日から過去３年以内に本市から書面による警告を受けたことがない。

□ 公募開始日から過去３年以内に本市から不正又は不誠実な行為を理由として、書面による警告を受けたことがある。

※ 書面による警告の写しを添付すること。

（様式７）

質　問　書

　かかりつけ医検索サイネージ・システム業務委託に係る内容について、以下のとおり質問いたします。

年　　月　　日

１．質問者

* + 会社名（商号又は名称）
	+ 代表者（職・氏名）
	+ 担当者名
	+ E－Mail
	+ 電話番号
	+ FAX

２．質問事項

※質問は１問につき、用紙１枚を使用してください。

（様式８）

参　加　辞　退　届

年　　月　　日

池田市病院事業管理者（あて）

所在地：

商号又は名称：

代表者（職・氏名）：　　　　　　　　　　　　　　 　　 印

電話番号：

下記の理由により、かかりつけ医検索サイネージ・システム業務委託に係る公募型企画提案への参加を辞退します。

記

（理由）