資

発注者支援業務公募型プロポーザル様式集

（業務名）

鏡野町国民健康保険病院整備事業発注者支援業務

(様式１)

令和　年　月　日

（あて先）

鏡野町長　山崎　親男

（提出者）

住　 所

会 社 名

代表者名　　 　　　　　　　　印

所属部署

担当者名

電話番号

メ ー ル

参　加　表　明　書

令和５年１２月１日付けで公告のあった「鏡野町国民健康保険病院整備事業発注者支援業務」について、プロポーザルに参加することを表明します。

なお、参加表明書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

(様式２)

会　社　概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 連絡先 | 支店等名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者 | 所属・職氏名TEL　　　　　　　　　　FAXE-mail |
| 業務登録及び資格取得等 |  |
| 主要業務 |  |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |

※会社のパンフレットがある場合は、添付してください。

(様式３)

同種・類似業務実績調書

会社名

平成２８年４月１日から令和5年３月31日までに完了した同種又は類似業務

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同等・類似 | 業務名 | 履行期間 | 発注機関 | 業務概要 |
| 同等・類似 |  | 8888/88/88～8888/88/88 | ○○県○○市 |  |
| 同等・類似 |  |  |  |  |
| 同等・類似 |  |  |  |  |

* ３件以内で記載してください。
* 同等・類似：いずれか該当するものに〇印をしてください。

(様式４)

業務実施体制調書

１　業務実施体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | ふりがな氏名 | 所属・役職 | 保有資格 | 本業務の役割（担当業務） |
| 管理技術者 |
| 1 |  |  |  |  |
| 担当技術者（主任担当者） |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |

※　適切な体制を踏まえて記載してください

２　協力事業所の名称等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 会社名 | 所在地 | 代表者名 | 再委託業務および理由 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |

(様式５)

令和　年　月　日

（あて先）

鏡野町長　山崎　親男

住　 所

会 社 名

代表者名

所属部署

担当者名

電話番号

メ ー ル

質　　疑　　書

「鏡野町国民健康保険病院整備事業発注者支援」にかかる公募型プロポーザルについて、次の項目を質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 文書名 | 頁数 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

※質疑がない場合は、提出の必要はありません。質疑書への押印・捺印は不要です。

(様式６)

令和　年　月　日

（あて先）

鏡野町長　山崎　親男

住　 所

会 社 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

所属部署

担当者名

電話番号

メ ー ル

業　務　提　案　書

　「鏡野町国民健康保険病院整備事業発注者支援」について、業務提案書を提出します。

(参考様式)

令和　年　月　日

（あて先）

鏡野町長　山崎　親男

住　 所

会 社 名

代表者名

所属部署

担当者名

電話番号

メ ー ル

辞　退　届

「鏡野町国民健康保険病院整備事業発注者支援」にかかる公募型プロポーザルの参加を辞退いたします。