（様式１）

令和　　年　　月　　日

質　問　書

古河赤十字病院　院長　小山　信一郎　様

提出者

所在地

会社名（商号又は名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・役職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

電話：

FAX：

メールアドレス：

古河赤十字病院電話交換機等設備更新業務プロポーザルに関して、以下のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問１ | 関係資料名 |  |
| 該当ページ |  |
|  | |
| 質問２ | 関係資料名 |  |
| 該当ページ |  |
|  | |
| 質問３ | 関係資料名 |  |
| 該当ページ |  |
|  | |

※記入欄が不足する場合は、複写して作成すること。

（様式２）

令和　　年　　月　　日

参加申込書兼誓約書

古河赤十字病院　院長　小山　信一郎　様

　　　　　所在地

　　　　　会社名（商号又は名称）

　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

古河赤十字病院電話交換機等設備更新業務プロポーザルへの参加を申し込みます。

　なお、当社は、古河赤十字病院電話交換機等設備更新業務プロポーザル実施要領の「４　参加資格要件」に記載されている事項について、すべて満たしていることを誓約します。

また、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。

連絡先担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話：  FAX：  メールアドレス： |

（様式3）

会 社 概 要 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名  （商号又は名称） |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 代表者役職・氏名 |  | 設立年月日 | 年　　月　　日 |
| 資本金 | 円 | 従業員数 | （令和3年４月１日時点） |
| 財務状況 | 過去３カ年分の財務状況がわかる決算関係の写しを添付すること。 | | |
| 支店等の拠点  （茨城県内） |  | | |
| 業務概要等 |  | | |

※上記欄に記入の上、パンフレット等会社の概要がわかるものを添付すること。

（様式4）

令和　　年　　月　　日

技術提案書等届出書

古河赤十字病院　院長　小山　信一郎　様

　　所在地

　　会社名（商号又は名称）

　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

古河赤十字病院電話交換機等設備更新業務プロポーザル実施要領に基づく技術提案書類一式を提出します。

連絡先担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話：  FAX：  メールアドレス： |

（様式5）

業務実施体制調書

　　会社名（商号又は名称）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名（年齢）  ・所属・役職 | 実務経験年数・保有資格 | 担当する予定  の業務内容 | これまでの  実務経験 |
| 総括責任者 | 氏名  （　　　歳）  所属・役職 | 実務経験年数　　　年  保有資格 |  |  |
| 担当者 | 氏名  （　　　歳）  所属・役職 | 実務経験年数　　　年  保有資格 |  |  |
| 担当者 | 氏名  （　　　歳）  所属・役職 | 実務経験年数　　　年  保有資格 |  |  |
| 担当者 | 氏名  （　　　歳）  所属・役職 | 実務経験年数　　　年  保有資格 |  |  |
| 担当者 | 氏名  （　　　歳）  所属・役職 | 実務経験年数　　　年  保有資格 |  |  |

※記入欄が不足する場合は、複写して作成すること。

（様式6）

過去における本業務と同種又は類似業務の主な業務実績

会社名（商号又は名称）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 発注者 |  | | |
| 業務名 |  | | |
| 業務概要 |  | | |
| 契約年度 | 年度 | 契約期間 | ～ |
| 契約金額 | 円（消費税及び地方消費税相当額を含む） | | |
| ２ | 発注者 |  | | |
| 業務名 |  | | |
| 業務概要 |  | | |
| 契約年度 | 年度 | 契約期間 | ～ |
| 契約金額 | 円（消費税及び地方消費税相当額を含む） | | |
| ３ | 発注者 |  | | |
| 業務名 |  | | |
| 業務概要 |  | | |
| 契約年度 | 年度 | 契約期間 | ～ |
| 契約金額 | 円（消費税及び地方消費税相当額を含む） | | |
| ４ | 発注者 |  | | |
| 業務名 |  | | |
| 業務概要 |  | | |
| 契約年度 | 年度 | 契約期間 | ～ |
| 契約金額 | 円（消費税及び地方消費税相当額を含む） | | |
| ５ | 発注者 |  | | |
| 業務名 |  | | |
| 業務概要 |  | | |
| 契約年度 | 年度 | 契約期間 | ～ |
| 契約金額 | 円（消費税及び地方消費税相当額を含む） | | |

※過去１５年間の実績を記載すること。

※記入欄が不足する場合は、複写して作成すること。

（様式7）

令和　　年　　月　　日

見　積　書

　古河赤十字病院　院長　小山　信一郎　様

　　　　　 所在地

会社名（商号又は名称）

　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　古河赤十字病院電話交換機等設備更新業務に係る見積金額について、下記のとおり提示します。

記

電話交換機更新費用（業務履行期間の総額）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　※消費税及び地方消費税を含むこと。

　　※電話交換機等設備の設置費用、既存機器の撤去費用等を含むこと。

保守契約金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（ 記入上の注意事項 ）

1　金額は算用数字で記入し、頭部に￥を付記すること。

2　見積金額に関する積算根拠の詳細内容及び年度別内訳について、別紙（任意様式）により本見積書に添付すること。

（様式９）

令和　　年　　月　　日

参加辞退届

古河赤十字病院　院長　小山　信一郎　様

　　　　　　所在地

　　　　　　会社名（商号又は名称）

　　　　　　代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　古河赤十字病院電話交換機等設備更新業務のプロポーザルについて参加申込書兼誓約書を提出しましたが、次の理由により辞退します。

理由：