

様式第 1 号

参 加 申 込 書

年 月 日

小林市病院事業管理者 殿

(申請者)
主たる事業所
の 所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

小林市立病院医師人事評価制度構築コンサルティング支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領及び小林市立病院医師人事評価制度構築コンサルティング支援業務委託仕様書の記載内容を了知の上、公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、同要領に規定する参加資格要件をすべて満たしていることに相違ありません。

記

1 提出書類

- (1) 参加申込書 (様式第 1 号)
- (2) 会社概要書 (様式第 2 号)
- (3) 暴力団に関与のない旨等の誓約書兼同意書 (様式第 3 号)
- (4) 役員等調書 (様式第 4 号)
- (5) 企画提案書鑑 (様式第 5 号) 及び企画提案書 (任意様式)
- (6) 見積書 (任意様式)
- (7) 業務実績書 (様式第 6 号)
- (8) 統括責任 (予定) 者略歴書 (様式第 7 号 - 1)
- (9) 業務主任 (予定) 者略歴書 (様式第 7 号 - 2)
- (10) 完納証明書

2 提出部数

8 部

《本件担当者》

担 当 部 署 名	
担 当 者 職 氏 名	
電 話 番 号	
メールアドレス	

注意事項

- 1 代表者職氏名欄は、代表者本人が自署するか登記印を押してください。
- 2 支店長など代表権を有しない方が申し込まれるときは、代表権を有する方からの委任状 (任意様式) の正本を 1 部提出してください。
- 3 完納証明書は、提出日から起算して 6 ヶ月以内に取得したものに限りします。

様式第 2 号

会社概要書

商号又は名称		
本社所在地	〒	
業務を担当する支店、営業所名		
業務を担当する支店、営業所の所在地	〒	
設立年月日	年 月 日	
資本金		
従業員数		
会社HP		
事業内容及び事業を展開している地域		
特記事項等		
連絡先	事業所名	
	部署名	
	担当者氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	電子メール	

暴力団に関与のない旨等の誓約書兼同意書

当社（私）は、小林市暴力団排除条例に基づき、公共工事その他の小林市病院事業（以下「本市病院事業」という。）の事務又は事業により暴力団を利することのないよう、①本市病院事業が実施する入札に暴力団関係者は参加できない。②本市病院事業と契約した場合、暴力団関係者と下請契約できない。①、②に従わない場合は、契約が解除され、違約金が科せられることを認識した上で、次の事項について誓約し役員等名簿を提出いたします。

なお、誓約に違反した場合、本市病院事業が行う措置（契約解除、違約金の徴収、参加停止、指名停止及び資格取消など）について、一切の異議申立てを行いません。

- 1 小林市暴力団排除条例に定める暴力団関係者に該当しません。
- 2 宮崎県暴力団排除条例（平成23年宮崎県条例第18号）第13条第 1 項から第 3 項の規定に違反していません。
- 3 上記 1 又は 2 に掲げる事由に該当するか否かの確認のため、役員等調書（様式第 4 号）を提出し、調査及び確認のため、本市病院事業が所轄警察署等関係行政機関に照会することについて同意します。
- 4 役員等に変更が生じた場合は、直ちに、本書と役員等調書を再提出いたします。
- 5 上記 1 又は 2 に掲げる事由に該当した場合、遅滞なく本市病院事業に報告するとともに所轄の警察署に通報し、速やかに是正いたします。
- 6 下請負人等が上記 1 又は 2 に掲げる事由に該当すると判明し、本市病院事業から下請契約等の解除を求められた場合は、解除の求めに従います。その際の損害金について本市病院事業に請求しません。
- 7 暴力団関係者から不当介入を受けた場合は、遅滞なく本市病院事業に報告するとともに所轄の警察署に通報し、捜査上の必要な協力をします。

年 月 日

小林市病院事業管理者 殿

所在地又は住所	
商号又は名称	
氏名のフリガナ	
代表者職氏名	⑩
代表者生年月日	年 月 日

様式第 4 号

商号又は名称

役 員 等 調 書

No.	役職名	フリガナ 氏 名	生年月日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

様式第 5 号

年 月 日

企 画 提 案 書

小林市病院事業管理者 殿

所在地又は住所

商号又は名称

代表者の氏名

⑩

小林市立病院医師人事評価制度構築コンサルティング支援業務委託について、提案書を提出します。なお、提案書及び関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

添付書類

① ●●●●●

② ●●●●●

③ ●●●●●

業 務 実 績 書

商号又は名称 _____

過去 5 年間の実績 同種業務 : 計 件

類似業務 : 計 件

※以下には、新しい年度の実績から順に抽出した最大 3 件について、概要を記載してください。

発 注 者	
業 務 名	
業務期間	
契約金額	
業務概要	(同種・類似の別)

発 注 者	
業 務 名	
業務期間	
契約金額	
業務概要	(同種・類似の別)

発 注 者	
業 務 名	
業務期間	
契約金額	
業務概要	(同種・類似の別)

注 1) 契約書の写し (契約の要素が記載された表書きの部分のみで可) を添付 : 最大 3 件分

統括責任（予定）者略歴書

申請者の 商号又は名称	
統括責任(予定) 者の所属部署 及び職氏名	

業 務 名 (医療機関名)	契約期間	業務の概要	業務における ポジション・役割
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		

注意事項

- 1 統括責任（予定）者の従事実績を記載してください。なお、申請者以外の事業者での従事実績も記載できます。
- 2 上記業務に従事したことが確認できる書類の写しを添付してください。
- 3 2の書類の全部又は一部がないときは統括責任（予定）者本人が事実申立を行ってください。

【申立欄】

上記に相違ないことを申し立てます。

年 月 日

住 所
氏 名

（自署又は記名押印）

業務主任（予定）者略歴書

申請者の 商号又は名称	
業務主任(予定) 者の所属部署 及び職氏名	

業 務 名 (医療機関名)	契約期間	業務の概要	業務における ポジション・役割
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		
	年 月 日から 年 月 日まで		

注意事項

- 1 業務主任（予定）者の従事実績を記載してください。なお、申請者以外の事業者での従事実績も記載できます。
- 2 上記業務に従事したことが確認できる書類の写しを添付してください。
- 3 2の書類の全部又は一部がないときは業務主任（予定）者本人が事実申立を行ってください。

【申立欄】

上記に相違ないことを申し立てます。

年 月 日

住 所
氏 名

（自署又は記名押印）