様式第１号

（コンソーシアム用）

参　加　表　明　書

令和　　年　　月　　日

愛南町長　中村　維伯　様

コンソーシアムの名称
代表事業者の住所(所在地)
代表事業者の商号又は名称
代表者職氏名　　印

令和　　年　　月　　日付けで手続開始の公示のありました愛南町国保一本松病院医療再生基本構想策定支援業務のプロポーザル方式に係る手続に参加したいので、技術資料を添えて参加表明します。

なお、参加表明書の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

１　件　名　　愛南町国保一本松病院医療再生基本構想策定支援業務

２　連絡先　　所属部署
担当者氏名
電話番号
FAX 番号
E-mail

様式第２号

法　人　概　要

令和　　年　　月　　日現在

法人名	
設立年月日	
資本金	
代表者職氏名	
本社所在地	
契約事務所名	
契約事務所 住所	
契約事務所 電話番号 FAX 番号	
契約事務所 担当者の職・氏名	
従業者数 (契約事務所従業者数)	
ホームページ URL	

様式第３号

業　務　実　績

発注者	年度	業務内容	契約金額 （税抜）
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円
			千円

※　同種、類似業務の実績（過去５年間）を記載してください。また、業務の内容及び履行が確認できる資料（仕様書や契約書の写し等）を各１部ずつ添付してください。

※　欄が不足する場合は欄を追加してください。

様式第４号

予　定　配　置　者　調　書

１　配置予定技術者一覧

立場	担当分野	氏名	年齢	経験年数	保有資格
管理技術者	管理・統轄		才	年	
担当技術者			才	年	
			才	年	

※　保有資格は本業務遂行において必要と思われるもののみ記載してください。また、保有資格を証明する資料(資格登録証明書等)を１部添付してください。

※　欄が不足する場合は欄を追加し作成してください。

２　管理技術者の同種業務実績

年度	発注者	業務名	業務概要

※　過去５か年の業務実績について記載してください。

※　業務に携わっていたことを証明する資料(契約書、業務実施体制表等)を１部添付してください。

※　欄が不足する場合は欄を追加してください。

様式第５号

（コンソーシアム用）

企　画　提　案　書(表紙)

令和　　年　　月　　日

愛南町長　中村　維伯　様

コンソーシアムの名称
代表事業者の住所(所在地)
代表事業者の商号又は名称
代表者職氏名　　印

愛南町国保一本松病院医療再生基本構想策定支援業務について、下記のとおり提案します。

記

１　提出書類　　企画提案書
　　提案価格書

２　連 絡 先　　所属部署
　　担当者氏名
　　電話番号
　　FAX 番号
　　E-mail

様式第６号

（コンソーシアム用）

提　案　価　格　書

コンソーシアムの名称
代表事業者の住所（所在地）
代表事業者の商号又は名称
代表者職氏名　　印

１　業務名　愛南町国保一本松病院医療再生基本構想策定支援業務

２　提案価格（令和８年度）

金　額	円

３　算定内訳

提案価格の内訳	金　額（円）
合　　計	

※ 金額は、消費税及び地方消費税を含んだ金額を記入してください。
※ 数字は算用数字を用い、金額の頭に￥を記入してください。
※ 提案価格の算出内訳については、業務名毎に具体的な内容が分かるように作成（複数枚可）してください。

様式第７号

質　　問　　書

愛南町長　中村　維伯　様

住所(所在地)
商号又は名称
代表者職氏名

所属部署
担当者氏名
電話番号
E-mail

愛南町国保一本松病院医療再生基本構想策定支援業務の公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質問項目	質問内容

※　メールタイトルは、「プロポーザル質問書(法人名)」とし、メール送信後、次の連絡先まで送信の確認電話をお願いします。

【連絡先】愛南町国保一本松病院　事務所
電話：895-84-2255／FAX：0895-84-3195
E-mail：i-byoin@town.ainan.ehime.jp

様式第８号

コンソーシアム構成表

項　　目	内　　容
コンソーシアム名	
代表事業者の商号又は名称	
コンソーシアム設立年月日	

構成団体の概要

No	団体の商号又は名称 代表者職氏名	主たる事業所の住所 (所在地)及び電話番号	資本金等 (千円)	従業員数 (人)	業種・ 営業種目
1					
2					
3					
4					
5					

【事業スキーム】

本業務委託を行うにあたっての構成団体の役割分担及び協力企業等との関係等について、関係が分かるよう相関関係を図示してください。なお、協力企業等とは、応募業務の一部について委託し、又は提携する等の協力関係にある特定の団体又は個人を言います。

連絡先	連絡責任者	
	所属部署	
	所在地	
	電話番号	
	E-mail	