

参加表明書

令和 年 月 日

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

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

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	

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。

企 画 提 案 書(表紙)

令和 年 月 日

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

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

提 案 価 格 書

住所
商号又は名称
代表者名

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