（提案様式１）

令和　　年　　月　　日

長崎県島原病院長　蒲原　行雄　様

（提出者）所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（連絡先）所属・職名

　　　　　　　氏　　　　名

電話番号

ＦＡＸ

Ｅ-mail

　　 企画提案書

長崎県島原病院診療材料等ＳＰＤ業務委託に係る公募型プロポーザル募集要領に基づき、企画提案書を提出します。

なお、記載内容は事実に相違ありません。

(自由様式)

**企　　画　　提　　案　　書**

**表　　　　　紙**

業務名　**長崎県島原病院診療材料等ＳＰＤ業務委託**

　　　　 （会社名）

（自由様式）

受託実績一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約相手方 | 病床数 | 契約年月日 | 契約期間 | 金額(円) |
|  |  |  | ～ |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　受託実績については、SPD業務について、200床以上を有する急性期病院における実績を優先して記載すること。受託実績は２件以上記載することとする。

（自由様式）

業 務 実 施 体 制

提案者名＿＿＿＿＿＿　＿＿＿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 責任者 | 事業所名 | | |
| 氏名 | 年齢  歳 | 経験年数  　　　　年　　ケ月 |
| 現在の所属・役職名 | | |
| 同種・類似業務の業務経歴  　（業務名、発注機関名、履行期間、業務概要、担当した役割内容） | | |
| 現在の手持ち業務の状況　（業務名、担当・役割、発注機関名、履行期限） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主となる担当者 | 事業所名 | | |
| 氏名 | 年齢  歳 | 経験年数  　　　　年　　ケ月 |
| 現在の所属・役職名 | | |
| 同種・類似業務の業務経歴  　（業務名、発注機関名、履行期間、業務概要、担当した役割内容） | | |
| 現在の手持ち業務の状況　（業務名、担当・役割、発注機関名、履行期限） | | |

※業務経歴は完成した業務を対象とする。

※それぞれのスペースは事業者で可変可能とする。ただし、A４用紙１枚にまとめること。

（提案様式２）

**委　託　料　見　積　提　案　書**

令和　　年　　月　　日

長崎県島原病院長　様

住　所

会社名

代表者名

下　記　の　と　お　り　見　積　し　ま　す　。

記

１．月額委託料（消費税・地方消費税を含まず。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

　２．業務名　　　長崎県島原病院診療材料等ＳＰＤ業務委託

　３．履行場所　　長崎県島原病院　長崎県島原市下川尻町7895

　４．履行期間　　令和７年２月１日から令和１０年３月３１日まで

備考　１　見積者は、消費税に係る課税事業者であるか免税業者であるかを問わず、見積もった契約金額額の１００／１１０に相当する金額を記載すること。

２　金額は、アラビア数字を用い、訂正又は抹消することはできない。