（様式１）

令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

長崎県精神医療センター院長　大塚　俊弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　長崎県精神医療センターホームページ再構築業務委託に係るプロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、長崎県精神医療センターホームページ再構築業務委託に係る公募型プロポーザル募集要領８（参加資格）に掲げる条件を全て満たしていることを誓約します。

　　また、今回の参加にかかる連絡等の担当者は下記のとおりです。

記

　　　　　１　所属部署名

　　　　　２　担当者職氏名

　　　　　３　電話番号

　　　　　４　FAX番号

　　　　　５　Ｅ-mail

　　（注）複数名の記載でも可。

（様式２）

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

　　長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　所属部署名

　　　　　　　　　　　　　　　担当者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail

　長崎県精神医療センターホームページ再構築業務委託について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問内容 |
|  |  |

（様式３）

整理番号

**公募型プロポーザル参加資格審査申請書**

　長崎県精神医療センターが発注するホームページ再構築業務委託に係る公募型プロポーザルに参加する資格について、関係書類を添えて審査を申請します。

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

令和　　　年　　　月　　　日

　長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本社 | 郵便番号 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 所在地 |  |
|  |  | 　　 |  |
|  |
| 商号又は名称 |  |
|  |  |
| 代表者職氏名 | ㊞　 |
| 　ＴＥＬ番号 |  | E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 　ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支社 | 郵便番号 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 所在地 |  |
|  |  |  |  |
|  |
| 商号又は名称 |  |
|  |  |
| 代表者職氏名 | ㊞　 |
| 　ＴＥＬ番号 |  | E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 　ＦＡＸ番号 |  |

　　　　　（次のいずれかの番号を○で囲むこと。ただし②については複数可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①消費税及び地方消費税 |  | ②委託業務の種類 |
| １　課税　　２　非課税 |  | 1.　ホームページ再構築業務委託 |
|  |  |

目　　　　次

１　誓　　　　　約　　　　　書

２　財　務　関　係　明　細　書

３　営　　業　　概　　要　　書

４　委　　　　　任　　　　　状

添 　付 　書 　類

１　法人にあっては、次のア及びイ

ア　登記事項証明書（履歴事項全部証明書）

イ　前事業年度及び前々事業年度の各決算報告書のうち

貸借対照表、損益計算書及び株主資本等変動計算書

２　個人にあっては、次のア、イ及びウ

ア　本籍地の市町村長が発行する身元（分）証明書

イ　成年後見登記制度における登記事項証明書

又は、登記されていないことの証明書

ウ　前年度及び前々年度の確定申告決算書のうち

貸借対照表及び損益計算書

３　県税に関し未納がないことを証する証明書

４　消費税及び地方消費税課税業者にあっては、

消費税及び地方消費税の未納がないことを証する証明書

５　営業に必要な許可、認可等を受けていることを証する書類の写し

６　印鑑届（様式４）

７　口座振替申込書（様式５）

８　受託実績調査表（様式６）

１　誓約書

長崎県病院企業団事業登録業者として資格を取得したうえは、見積の執行、契約の履行にあたっては関係諸規則を遵守し、決して不正の行為をなさないことを誓約いたします。

なお、万一違反不正の行為があった場合において資格取消しの処分を受けても異議はありません。

令和　　年　　月　　日

長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名

２　財務関係明細書

　貸　借　対　照　表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在　　　単位：千円

|  |  |
| --- | --- |
| 資　産　の　部 | 負　債　の　部 |
| 流　動　資　産 |  | 流　動　負　債 |  |
|  現金預金 |  | 　支払手形 |  |
|  受取手形 |  |  買掛金 |  |
|  売掛金 |  |  未払費用 |  |
| 　　貸倒引当金 |  |  リース債務 |  |
|  有価証券 |  |  賞与引当金 |  |
|  棚卸資産 |  |  その他流動負債 |  |
| 　未収収益 |  |  |  |
| 　繰延税金資産 |  | 固　定　負　債 |  |
|  その他の流動資産 |  |  社債・長期借入金 |  |
|  |  | 　リース債務 |  |
| 固　定　資　産 |  |  退職給付引当金 |  |
| 　有形固定資産 |  |  その他固定負債 |  |
|  　建物・構築物 |  |   |  |
|  　機械・運搬具 |  |  |  |
| 　　リース資産 |  |  |  |
|  土　　　地 |  | 純　資　産　の　部 |
| 　　その他有形固定資産 |  | 株　主　資　本 |  |
|  |  | 　資本金 |  |
| 　無形固定資産 |  | 　資本剰余金 |  |
| 　　ソフトウェア |  | 　利益剰余金 |  |
| のれん |  | 　　繰越利益剰余金 |  |
| その他無形固定資産 |  | 　自己株式 |  |
|  |  |  |  |
| 　投資その他の資産 |  | 評 価 ・ 換 算 差 額 等 |  |
| 　　投資有価証券 |  |  |  |
| 　　破産更生債権等 |  |  |  |
| 　　　貸倒引当金 |  |  |  |
| 　　繰延税金資産 |  | 新　株　予　約　権 |  |
|  |  |  　 |  |
| 繰　延　資　産 |  | 純資産の部合計 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 負債・純資産の部合計 |  |

　損　益　計　算　書　　　　　（　令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで）　　単位：千円

|  |  |
| --- | --- |
|  営業損益の部 |  |
|  （ア）売上高 |  |
|  （イ）売上原価 |  |
|  （ウ）売上総利益[(ｱ)-(ｲ)] |  |
|  （エ）販売費及び一般管理費 |  |
|  （オ）営業利益　[(ｳ)-(ｴ)] |  |
|  経常損益の部 |  |
|  （カ）営業外収益 |  |
|  （キ）営業外費用 |  |
|  　（ク）経常利益[(ｵ)+((ｶ)-(ｷ))] |  |
| 　純損益の部 |  |
|  （ケ）特別利益 |  |
|  （コ）特別損失 |  |
|  　（サ）税引前当期純利益[(ｸ)+((ｹ)-(ｺ))] |  |
|  （シ）法人税住民税等 |  |
|  （ス）法人税等調整額 |  |
|  （セ）当期純利益　[(ｻ)-(ｼ)+(ｽ)]  |  |

３　営業概要書

（１）前２カ年の損益状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 総売上高（Ａ） | 売上総利益（売上高－売上原価） | 当期純利益 |
| 前々事業年度 |  |  |  |
| 前事業年度 |  |  |  |

（注）１　前々事業年度欄は、前々年度の損益計算書に基づいてその実績を記入すること。

 ２　前事業年度欄は、前年度の損益計算書に基づいてその実績を記入すること。

（２）従業員数（常勤の役員を含む。代表は除く。）　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員数 |  | 技術関係職員　 | 事務関係職員　 | その他職員 | 合計　 |
| 総従業員数 |  |  |  |  |
| 支社等の従業員数 | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） |

　技術関係職員の職種別内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種　別 | 人　　数 | 資格等の内容 |
| 総　数 | 支社等 |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |
|  |  |  （ ） |  |

　（注）支社等の従業員数は支社等に見積等の権限を委任する場合に、総従業員数の内数として記入する。

（３）前２カ年の純資産の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 純資産額 | 区　　　分 | 資本金 | 繰越利益剰余金 | その他の純資産 | 計 |
| 前々事業年度 |  |  |  |  |
| 前事業年度 |  |  |  |  |

　※前事業年度の貸借対照表期末　　　　　令和　年　　月　　　日現在

（注）１　前々事業年度欄は、前々年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

 ２　前事業年度欄は、前年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

（４）財務比率

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 売上高当期純利益 |  | 当期純利益　　　　　　 千円 |  × 100 ＝　　　　　 ％ |
|  | 売上高　　　　 千円 |
|  |  | 　　　　　 千円 |  × 100 ＝　　　　　 ％ |
|  | 固定負債計＋純資産計　　　　 　 千円 |
|  |  | 　　　　 千円 |  × 100 ＝　　　　 ％ |
|  | 　　　　 　 千円 |

（注）前年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

各金額の千円未満を四捨五入して記入し、比率は小数点以下２位まで計算して２位を四捨五入すること。

（５）営業経歴

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日 | 経歴（創業から現在まで） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営　業　年　数　　　　　　年　 　月 | 創　　業　　年M T S H R　 年 |  現組織への変更　 　 年　 　月 | 現組織へ変更後の年数　　 　年　 　　月 |

|  |
| --- |
| ４　　委　　任　　状　　　私は、 商号又は 名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 役 職 名 　　　　　　　　 氏　　名 　　　　　　　　  を代理人と定め、下記権限を委任します。 １　プレゼンテーション・見積・契約締結の件 ２　業務の受託・代金請求・領収の件 委　任　期　間 自　令和　　　年　　　月　　　日 至　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日 　　　　　　　　　  　　　　　　　　 商号又は名称 　　　　　　　　　 印 |

　（注）委任状は、権限を支社（店）長等に委任する場合のみ記入すること。

（様式４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 登録番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　　　　　　　　　　　 |

印　鑑　届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

　弊社（店）が長崎県病院企業団事業との取引上使用する書類には、すべて上記の印鑑を使用いたし

ますので届け出ます。

令和　　　年　　月　　日

　長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 登録番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 口　座　振　替　申　込　書長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様令和　　年　　月　　日長崎県病院企業団事業との契約に伴い支払われる代金は、すべて次の口座へ振込により受領したいので申し込みます。所在地商号又は名称代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印 |
|  |  |  |
| 　［預金口座］郵便局以外の金融機関を記入して下さい。 |
| 　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　 　　　 支店　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）　 　　　 出張所 | 預金種別 | 　　　　　　　　　 | 預金種別１：普通２：当座３：別段 |
| 口座番号（右詰で記入） | 口　座名義人（漢字） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　［付記］該当口座がある金融機関が記入する欄 |
| 　　　　　 | 金融機関コード | 口座名義人（カタカナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　上記のとおり証明いたします。 令和　　年　　月　　日　　　　　　　所在地　　　　　　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（様式６）

受託実績調査表

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

(注)複数の業務に係る公募型プロポーザルに参加する資格について審査申請している場合は、それぞれの

業務について受託実績を記載すること。

※当プロポーザルにおける業務と同規模の業務で、過去2年以内の2件以上の受託実績を記載すること。

※病院における受託実績を優先して記載すること。

上記については、事実と相違ないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様

商号又は名称

代表者氏名

（様式７）

資格審査結果通知書

令和　　　年　　　月　　　日

　　　商号又は名称

　　　代表者氏名

長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　　印

さきに提出されました公募型プロポーザル参加資格審査申請書に基づき、貴社（所、店）の参加資格を

　　　　　　　　　　　資　 格 が あ る

審査した結果、　　　　　　　　　　　　　　　　ものと決定しました。

　　　　　　　　　　　資格がない

記

　　　１　登録番号

　　　２　登録年月日

　　　３　登録品目（業種）

　　　４　有効期間

（様式８）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |

資格審査申請事項変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　長崎県精神医療センター院長　大塚俊弘　様

所在地

 TEL/FAX

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　公募型プロポーザル参加資格審査申請書の記載事項について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項及び変更年月日 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

（注）変更事項の内容に対する証明書類を添付すること。