（様式１）

プ ロ ポ ー ザ ル 参 加 意 向 申 出 書

令和　 年　 月　 日

豊橋市長　浅井　由崇　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

令和　　年　　月　　日付けで公告された下記プロポーザルに必要書類を添えて参加を申し込みます。

なお、本書の提出にあたり、応募資格を満たしていること、並びに本書に記載する内容及び添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

１　件名

豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務

２　必要書類

実施要領４において示す書類

ア　参加意向申出書（様式１）

イ　会社概要（様式２）

ウ　業務実績表（様式３）

エ　業務の契約書の写し等

連絡担当者

所　属：

職氏名：

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：

（様式２）

**会　社　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担当部署  の連絡先 | 担当部署名：  担当者名：  住所：  電話：  ファックス：  電子メールアドレス： |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高 |  |
| 従業員数 | 名（令和　　年　　月末現在） |
| 事業概要 |  |
| 備　　考 |  |

（様式３）

**業務実績表**

豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作と同種または類似した業務実績を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注者 | 履行期間 | 業務の概要 | 特筆すべき成果 |
| 記載例）  〇〇業務 | 〇〇市民病院 | 年　月　日  ～  年　月　日 | ・〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇 | ・〇〇〇〇、〇〇〇〇。 |
|  |  | 年　月　日  ～  年　月　日 |  |  |
|  |  | 年　月　日  ～  年　月　日 |  |  |
|  |  | 年　月　日  ～  年　月　日 |  |  |
|  |  | 年　月　日  ～  年　月　日 |  |  |
|  |  | 年　月　日  ～  年　月　日 |  |  |

※記載する業務実績は評価の対象となるため、１件以上最大５件の範囲内で可能な限り提出すること。

※上記記載内容が確認できる書類（契約書及び仕様書の写し等）を添付すること。

（様式４）

**質　　問　　書**

業務名　　　豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記業務のプロポーザル | ・参加意向申出書の提出 | に関して、次の項目を質問します。 |
| ・提案書の作成 |

　　　　　　　　　　　　※該当する方を○で囲んでください

令和　　年　　月　　日

　豊橋市長　浅井　由崇　様

　　　　　商号又は名称：

　　　　　代表者氏名：

　　　　　担当者氏名：

　　　　　電話番号：

　　　　　ファックス：

　　　　　電子メールアドレス：

|  |
| --- |
| 質　問　事　項　（簡潔に） |
|  |

注意事項：質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。

（様式５）

提案資格確認結果通知書

令和　 年　 月　 日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　浅井　由崇

（公印省略）

令和　年　月　日付けで公告された下記プロポーザルについて、提案資格確認結果を通知します。

記

１　件名

豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務

２　提案資格の有無

（１）資格を有することを認めます。

（２） 次により、資格を有することを認めません。

理由：○○のため

担当課　豊橋市民病院 事務局管理課

電　話　0532-33-6373

ＦＡＸ　0532-33-6177

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

（様式６）

**豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務実施体制**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 予定者 | | 所属・役職 | 今回の担当業務 |
| 責任者 |  | |  |  |
| 担当者 | １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

※担当者については、主要な者を記入し、その者の業務実施体制を記入してください。

※欄すべてに記入する必要はありません。欄が不足する場合は適宜追加してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 分担業務の内容 | 再委託先又は協力先及びその理由 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※この項目は、該当する場合に記入すること。

|  |
| --- |
| 業務実施体制・組織図 |
|  |

※協力会社、再委託先との関係など責任の所在がわかるように記載すること。

（様式７）

**豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務実施スケジュール**

|  |
| --- |
| 契約締結日から成果物納品までの業務実施スケジュールを記入してください。 |
|  |

（様式８）

結 果 通 知 書

令和　年　月　日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　浅井　由崇　（公印省略）

貴社より提案がありました下記プロポーザル提案書とプレゼンテーションに基づき、審査結果を次のとおり通知します。

記

件名　　　豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務

結果１　　最適であると特定しました。

　　　　　理由 ○○のため

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

結果２　　次の理由により特定しませんでした。

理由 ○○のため

　　　　　※非特定理由については、本通知日の翌日から起算して５日（土・日、祝日・休日を含まない。）以内に、書面（様式は自由）により説明を求めることができます。

担当課　豊橋市民病院 事務局管理課

電　話　0532-33-6373

ＦＡＸ　0532-33-6277

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

（様式９）

**辞退届**

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　浅井　由崇　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

豊橋市民病院研修医・看護師採用パンフレット制作業務プロポーザルに参加を申込みましたが、下記により辞退いたします。

記

|  |
| --- |
| 辞 退 理 由 |
|  |

連絡担当者

所　属：

職氏名：

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：