様式第１号

年　　月　　日

（宛先）富山市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

参　加　表　明　書

次のプロポーザルによる業務の提案書の募集について、必要書類を添えて、参加の希望を表明します。

なお、地方自治法施行令第１６７条の４第１項の規定に該当しない者であること並びに提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

　１　業務名　　富山市病院事業公営企業会計システム導入業務

　２　添付書類

（１）企業概要（様式第２号）

（２）同種・類似業務の実績調書（様式第３号）

（３）配置予定技術者の実績調書【管理責任者】（様式第４号の１）

（４）国税及び地方税に係る納税証明書

（連絡先）

所　　属

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍail

様式第２号

企　業　概　要

年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 本社所在地 |  |
| 委託先所在地 |  |
| 会社の設立年月日 |  |
| 資　本　金 |  |
| 業務内容 |  |
| 常勤従業員数 | 技術職 | 事務職 | その他 | 合　計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |
| うち有資格者の状況 | 本業務に関連する資格の名称及び人数を記入 |
|  |
| その他特記事項 |  |

様式第３号

同種・類似業務の実績調書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者（病院名） |  |
| 許可病床数 | 　　　　　床（一般　　　床、精神　　　床、その他　　　床） |
| 業務概要 |  |
| 導入の時期 | 平成　　年　　月　　日 |
| 契約期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者（病院名） |  |
| 許可病床数 | 　　　　　床（一般　　　床、精神　　　床、その他　　　床） |
| 業務概要 |  |
| 導入の時期 | 平成　　年　　月　　日 |
| 契約期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |

※提出要件 ５参加要件（５）にあたる業務実績を１件以上記入してください。

※実績が２件以上有る場合は、書式を複写して利用してください。

様式第４号の１

配置予定技術者の実績調書【管理責任者】

|  |
| --- |
| 担当者概要 |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 所属 |  | 年齢 |  |
| 役職 |  | 実務経験年数 |  |

|  |
| --- |
| 保有資格 |
| 番号 | 資格名 | 主催団体 | 取得年月日 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 業務実績 |
| 番号 | 発注者名（病院名） | 病床数 | 業務名称及び内容 | 業務期間 |
| 参加立場 |
| 1 |  |  |  | 平成　年　月～平成　年　月 |
| 立場： |
| 2 |  |  |  | 平成　年　月～平成　年　月 |
| 立場： |
| 3 |  |  |  | 平成　年　月～平成　年　月 |
| 立場： |

|  |
| --- |
| 手持ちの業務量 |
| 番号 | 業務名称 | 発注者名（病院名） | 業務期間 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |

様式第４号の２

配置予定技術者の実績調書【業務従事者】

|  |
| --- |
| 担当者概要 |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 所属 |  | 年齢 |  |
| 役職 |  | 実務経験年数 |  |

|  |
| --- |
| 保有資格 |
| 番号 | 資格名 | 主催団体 | 取得年月日 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 業務実績 |
| 番号 | 発注者名（病院名） | 病床数 | 業務名称及び内容 | 業務期間 |
| 参加立場 |
| 1 |  |  |  | 平成　年　月～平成　年　月 |
| 立場： |
| 2 |  |  |  | 平成　年　月～平成　年　月 |
| 立場： |
| 3 |  |  |  | 平成　年　月～平成　年　月 |
| 立場： |

|  |
| --- |
| 手持ちの業務量 |
| 番号 | 業務名称 | 発注者名（病院名） | 業務期間 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |

※管理責任者以外の業務従事者について記載してください。

様式第５号

年　　月　　日

（宛先）富山市病院事業管理者

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

担当者

電話番号

ＦＡＸ番号

質　問　書

富山市病院事業公営企業会計システム導入業務説明資料等に基づく提案競技について、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |

様式第６号の１

年　　月　　日

（宛先）富山市病院事業管理者

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

富山市病院事業公営企業会計システム導入業務提案書

富山市病院事業公営企業会計システム導入業務について、別添のとおり提案書及び添付書類を提出します。

なお、記載内容は事実に相違ありません。

（担当）

担当者

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍail

様式第６号の２

業務の実施方針

|  |
| --- |
|  |

工程及び実施体制

|  |
| --- |
|  |

ハードウェア要件

|  |
| --- |
|  |

ソフトウェア要件

|  |
| --- |
|  |

データ構築要件

|  |
| --- |
|  |

運用・保守体制

|  |
| --- |
|  |

その他

|  |
| --- |
|  |

※　提案書作成要領の「２ 提案事項及び項目」に示す提案が記載されていれば、様式は問いません。