（別紙１）

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業申請書（一次審査）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（あて先）

松本市立病院

松本市病院事業管理者　北野　喜良

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　込　者

住所（所在地）

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業者選定プロポーザルについて、選定要領を承知の上、関係書類を添えて申請します。

記

下記書類を提出します。（提出する書類は提出書類欄の□にレをすること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出書類 | 書　類　名 | 摘　要 |
| □ | 業務実績書（別紙２） |  |
| □ | 誓約書（別紙３） |  |
| □ | 経営理念、沿革、組織体形、決算状況（過去３年　損益計算書、貸借対照表）、経営基盤等の会社概要 |  |
| □ | 法人税・消費税及び地方消費税の納税証明書 |  |

（別紙２）

運　営　実　績　書

（あて先）

松本市立病院

松本市病院事業管理者　北野　喜良

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　込　者

住所（所在地）

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

１　入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業について、199床以上の規模を有する病院の運営実績については下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施場所の所有者（団体） | 実施施設  の名称等 | 所在地 | 実績期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（記載上の留意点）

(1)　国又は地方公共団体の施設での実績があれば当該実績を優先して記載すること。

(2)　複数の実績がある場合は、直近の実績を3件まで記載すること。

(3)　「実施場所の所有者」欄の記載は次のとおりとすること。

ア　国又は地方公共団体の場合は、「○○省」又は都道府県・市町村・組合名を記載

イ　団体又は民間企業等の法人の場合は、団体名又は企業名を記載

(4)　「実施施設の名称等」欄の記載は、病院または施設の名称を記載すること。

(5) 「実績期間」は、「○年間」又は「○年○か月」と記載し、継続中の場合は「○年○月より

現在まで」と記載すること。

（別紙３）

誓 　約 　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

松本市立病院

松本市病院事業管理者　北野　喜良

（誓約者）

住所(所在地)

商号又は名称 　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業者選定プロポーザルの参加申請にあたって、次の事項を誓約します。

記

１　選定要領の６に定める応募資格要件をすべて満たしており、申請にかかる提出書類のすべて

の事項は、事実と相違ありません。

２　申請に際し、選定要領に記載の内容をすべて承知しています。

３　選定結果に関し、その内容が公表されることに異議はありません。

（別紙４）

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業申請書（二次審査）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（あて先）

松本市立病院

松本市病院事業管理者　北野　喜良

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　込　者

住所（所在地）

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業者選定プロポーザルについて、選定要領を承知の上、関係書類を添えて申請します。

記

下記書類を提出します。（提出する書類は提出書類欄の□にレをすること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出書類 | 書　類　名 | 摘　要 |
| □ | 委任状（別紙５） | ※必要な場合に限り提出 |
| □ | システム運営事業計画書（様式任意） |  |
| □ | 協力事業者名簿（別紙６） | ※該当のある場合に限り提出 |
| □ | 許認可等を証する書類  （委託業者のものを含む） | ※該当の場合のみ |
| □ | システム運営上使用する書類一式 | ※現時点未校了でも可 |

（別紙５）

委 任 状

令和　　年　　月　　日

（あて先）

松本市立病院

松本市病院事業管理者　北野　喜良

（委任者）

住所(所在地)

商号又は名称 　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

私は次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム運営事業者選定プロポーザルへの参加申請、契約の締結及び履行に関する一切の権限

（代理人）

住所(所在地)

商号又は名称 　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

（別紙６）

協力事業者名簿

令和　　年　　月　　日

（あて先）

松本市立病院

松本市病院事業管理者　北野　喜良

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　込　者

住所（所在地）

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

松本市立病院入院時使用物品レンタルシステム運営事業について、協力事業者は下記のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力事業内容 | 名称 | 営業所・工場などの所在地 |
| 例）リネン・洗濯 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（記載上の留意点）

(1)　リネン・洗濯、納品運輸、常駐管理等、システム運営上、他事業者の協力による事業内容が

ある場合は記入すること。

(2)　申請時点で協力事業者が決定していない場合は、未定と記入すること。

(3)　行数が不足する場合は、任意一覧表を添付するか、本用紙を複写して使用すること。

（別紙７）

松本市立病院入院時使用物品レンタル・提供システム

運営事業者選定要領等に関する質問書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

松本市立病院

（事務部　病院総務課）

住所（所在地）

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　目  (選定要領・仕様書等の頁を要記入） | 質　　問　　内　　容 |
|  |  |

　　＊令和５年１月５日（水）午後１時までに、提出してください。（都度提出可）