

様式第 1 号

参加資格申請書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

住所  
商号又は名称  
代表者名

下記の業務（プロポーザル方式）に参加を希望するため、関係書類を提出します。

なお、参加資格要件を満たしていること及び提出書類の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

記

業務名 西尾市民病院あり方検討支援業務

提出書類 会社概要書（様式第 2 号）  
業務受託実績表（様式第 3 号）  
その他添付書類

連絡先  
所属  
担当者名  
電話  
E-Mail

様式第2号

会社概要書

年 月 日現在

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) (所在地) (TEL) (FAX) (E-mail)
設立年月日	
資本金	
売上高	
従業員数	
事業概要	
備考	

※業務案内（パンフレット）等があれば添付すること。

様式第 3 号

業務契約履行実績表

本業務と類似した支援業務の契約履行実績

1	業務名称			
	発注者		病床数	
	業務期間		受託額	千円
	業務の概要			

2	業務名称			
	発注者		病床数	
	業務期間		受託額	千円
	業務の概要			

※業務の概要には、契約履行した公立病院の本業務と類似した支援業務の概要、結果について簡易に記入してください。

※最大 6 件まで提出可。

様式第 3 号

業務契約履行実績表

本業務と類似した支援業務の契約履行実績

3	業務名称			
	発注者		病床数	
	業務期間		受託額	千円
	業務の概要			

4	業務名称			
	発注者		病床数	
	業務期間		受託額	千円
	業務の概要			

※業務の概要には、契約履行した公立病院の本業務と類似した支援業務の概要、結果について簡易に記入してください。

※最大 6 件まで提出可。

様式第 3 号

業務契約履行実績表

本業務と類似した支援業務の契約履行実績

5	業務名称			
	発注者		病床数	
	業務期間		受託額	千円
	業務の概要			

6	業務名称			
	発注者		病床数	
	業務期間		受託額	千円
	業務の概要			

※業務の概要には、契約履行した公立病院の本業務と類似した支援業務の概要、結果について簡易に記入してください。

※最大 6 件まで提出可。

様式第4号

参加資格確認通知書

令和 年 月 日

住所  
商号又は名称  
代表者名

西尾市長 中村 健

令和 年 月 日付けで提出されました参加資格申請書（様式第1号）  
について、下記のとおり確認しましたので通知します。

記

業務名 西尾市民病院あり方検討支援業務

結果：参加資格を認めます。  
結果：参加資格を認めません。  
理由：

連絡先

所属 西尾市民病院  
事務部管理課  
担当者名  
電話 0563-56-3171  
FAX 0563-56-8966

様式第5号

質問書

年 月 日

「西尾市民病院あり方検討支援業務」に係る内容について以下のとおり質問いたします。

会社名  
代表者名  
担当者名  
E-Mail  
電話

**【質問事項】**

※質問は、1問につき用紙1枚を使用してください。

様式第6号

企 画 提 案 書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

住所  
商号又は名称  
代表者名

下記の業務について、別添のとおり企画提案書を提出します。

記

業務名 西尾市民病院あり方検討支援業務

提出書類

連絡先  
所属  
氏名  
電話  
E-mail

様式第7号

本審査参加審査結果通知書

令和 年 月 日

商号又は名称  
代表者名

西尾市長 中 村 健

下記の業務について提出されました企画提案書について、西尾市民病院あり方検討支援業務委託業者選定委員会において審査した結果を下記のとおり通知します。

記

業務名 西尾市民病院あり方検討支援業務

結果：本審査への参加を認めます。  
結果：本審査への参加を認めません。  
理由：

連絡先

所属 西尾市民病院  
事務部管理課  
担当者名  
電話 0563-56-3171  
FAX 0563-56-8966

様式第8号

結果通知書

令和 年 月 日

商号又は名称  
代表者名 様

西尾市長 中 村 健

下記の業務について、西尾市民病院あり方検討支援業務委託業者選定委員会  
において審査した結果を下記のとおり通知します。

記

- 1 業務名 西尾市民病院あり方検討支援業務
- 2 審査結果

発注担当課 西尾市民病院  
事務部管理課  
電話 0563-56-3171