

様式第 1 号

参加資格申請書

令和 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 西尾市民病院医療情報システム更新支援業務

提出書類 実施要領 5 （１）により指定されたもの

連絡先
所属
担当者名
電話
FAX

(公募)

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 受 託 実 績 表

商号又は名称

業 務 名 称	
発 注 者	
病 床 数	床
業 務 期 間	
受 託 金 額	円
業務の概要	
業 務 名 称	
発 注 者	
病 床 数	床
業 務 期 間	
受 託 金 額	円
業務の概要	
業 務 名 称	
発 注 者	
病 床 数	床
業 務 期 間	
受 託 金 額	円
業務の概要	

※過去 5 年間の同種業務実績について記入し、上記を証明する契約書（契約案件名、契約金額、契約当事者が記載されている部分のみ）の写し等を添付してください。

※最大 10 件まで記載してください。

※記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。

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 西尾市民病院医療情報システム更新支援業務

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
事務部医事課
担当者名
電話 0563-56-3171
FAX 0563-56-8966

(公募)

様式第 5 号

質問書

令和 年 月 日

「西尾市民病院医療情報システム更新支援業務」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

令和 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 西尾市民病院医療情報システム更新支援業務

提出書類 実施要領 8 (1) に指定されたもの

連絡先
所属
担当者名
電話
FAX

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、西尾市民病院医療情報システム更新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 西尾市民病院医療情報システム更新支援業務

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
事務部医事課

担当者名

電話 0563-56-3171

FAX 0563-56-8966

(公募)

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、西尾市民病院医療情報システム更新支援業務委託業者
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 西尾市民病院医療情報システム更新支援業務
- 2 審査結果

発注担当課 西尾市民病院
事務部医事課
電話 0563-56-3171