様式１

参加表明書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）公立藤田病院組合管理者

住所又は所在地

氏名または名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　担当所属部署

担当者名

電話

　　ＦＡＸ

メールアドレス

　公立藤田総合病院における売店運営事業の選定に係る公募型プロポーザルに参加します。

付属書類

（１）誓約書（様式２）

（２）登記事項証明書

（３）印鑑証明書

（４）財務諸表

様式２

誓約書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）公立藤田病院組合管理者

住所又は所在地

氏名または名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　担当所属部署

担当者名

電話

　　ＦＡＸ

メールアドレス

　公立藤田総合病院における売店運営時業の選定に係る公募型プロポーザルに参加にあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

１．公立藤田総合病院売店運営事業者募集要項の「４　募集資格」の要件を満たしていま

す。

２．公立藤田総合病院売店運営事業者募集要項の「５　事業条件（要求水準）」を適正に遵守します。

３．提出した参加表明書に虚偽または不正はありません。

４．事業者に決定された場合は、企画提案書に記載した内容に誠実に履行します。

様式３

企画提案書届出書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）公立藤田病院組合管理者

住所又は所在地

氏名または名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　担当所属部署

担当者名

電話

　　ＦＡＸ

メールアドレス

　公立藤田総合病院における売店運営時業の選定に係る企画提案書を「公立藤田総合病院売店運営事業者募集要項」および「公立藤田総合病院売店運営事業仕様書」に基づき、別紙のとおり提出します。

様式４

質問書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）公立藤田病院組合管理者

住所又は所在地

氏名または名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　担当所属部署

担当者名

電話

　　ＦＡＸ

メールアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式５

回答書

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　公立藤田病院組合管理者

（公印省略）

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 質問内容 |
| １ |  |
| 回答内容 |
|  |
| ２ | 質問内容 |
|  |
| 回答内容 |
|  |
| ３ | 質問内容 |
|  |
| 回答内容 |
|  |
| ４ | 質問内容 |
|  |
| 回答内容 |
|  |

様式６

参加資格確認結果通知書

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　様

公立藤田病院組合管理者

（公印省略）

　このことについて、公立藤田総合病院売店運営事業者の公募型プロポーザル参加資格確認の結果を下記のとおり通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 公告日 |  |
| 事業名 |  |
| 参加資格の有無 |  |