様式1

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （事業者名）  商号又は名称 |  |
| （担当者）  部署・職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問内容 | 件名【　　　　　　　　　】 |

様式2

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

令和6年度愛媛県地域医療構想推進支援業務の委託に係るプロポーザルに参加したいので、企画提案募集要領に基づき申し込みます。

また、当方が同要領に規定する資格要件に該当することを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者職氏名 | フリガナ |
|  |
| 事業者の  ホームページアドレス |  |

様式3

**会社概要及び実績表**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称  代表者職氏名 |  | | |
| 所　在　地 | 本社  (代表者住所) | 郵便番号  住　　所  電話番号 | |
| 県内  支社等  (あれば記入) | 郵便番号  住　　所  電話番号 | |
| 設立(結成)  年　月　日 | 年　　　月　　　日  (県内営業所等の設立年月日　　　年　　　月　　　日) | | |
| 資　本　金 |  | | |
| 直　近　の  年間売上高 |  | | |
| 従業員数 | 人  (県内営業所等の社員数　　　　　人) | | |
| 業務内容 |  | | |
| 会社の特色 |  | | |
| 同種の業務に  関する実績  平成29年4月1日以降 | 発注者 | 主な内容 | 時期 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※既存の資料（会社パンフレット等）で同項目が網羅されている場合、これに代えることができる

ものとする。

　※同種の業務に関する実績について、委託契約書（写し）や成果物等、業務内容がわかる資料を添付すること。

様式4

**参加辞退届**

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

令和6年度愛媛県地域医療構想推進支援業務の委託に係るプロポーザルについて、参加を辞退します。

様式5

**企画提案書の提出書**

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

令和6年度愛媛県地域医療構想推進支援業務について、下記の書類を添えて企画提案書を提出します。

記

企画書

様式6

**費用見積書**

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

令和6年度愛媛県地域医療構想推進支援業務についての見積書を下記のとおりとします。

記

見積価格：　　　　　　　　　　　　　円

（消費税及び地方消費税含む）

※見積に係る積算内訳を別途添付すること。（様式任意）

　内訳には積算根拠（単価、数量、回数、人数等）を具体的に記入すること。