

様式第 1-1 号

愛媛県立病院未収金回収業務プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

愛媛県公営企業管理者 東野 政隆 様

(参加者)

所在地

名称

代表者職・氏名

印

(担当者)

所属

職・氏名

電話番号

FAX 番号

Eメール

愛媛県立病院未収金回収業務プロポーザルに参加の意思がありますので、参加表明書を提出します。

なお、実施要領「2 参加資格」を全て満たしていることを誓約します。

契約実績調書

No.	委託者名	業務概要	委託期間	備考

【留意事項】

- 1 過去3年間の医療機関における（現在継続中のものも含む）病院未収金回収業務実績を記載すること。
- 2 欄が足りない場合は、適宜増やして利用すること。
- 3 県から契約実績を証明する書類（契約書の写し等）の提出を求められた場合は、それに応じること。

経営状況及び財務状況調査票

令和 年 月 日

所属: _____

職・氏名: _____

電話番号: _____

E-メール: _____

(自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 事業年度分)

(1) 売上高	
(2) 自己資本額	
(3) 営業年数 (病院未収金回収業務営業年数)	
(4) 従業員数	名 (うち、正規雇用者 名)
(5) 自己資本比率	
(6) 流動比率	
(7) 当期純利益	

【留意事項】

- 1 「正規雇用者」は、パート、アルバイト、契約社員、派遣社員を除く。
- 2 当該事業年度分の貸借対照表及び損益計算書を添付すること。

様式第3号

愛媛県立病院未収金回収業務プロポーザルに関する質問書

令和 年 月 日

所属: _____

職・氏名: _____

電話番号: _____

E-メール: _____

質問 No. _____

質問内容:

質問 No. _____

質問内容:

【留意事項】

- 1 令和6年12月6日（金）17時までに提出すること。（必着）
※期限を過ぎたものは受け付けない。
- 2 質問項目が多い場合は、本様式を適宜複写して利用すること。
- 3 質問書以外での質問は受け付けない。

愛媛県立病院未収金回収業務プロポーザル見積書

令和 年 月 日

愛媛県公営企業管理者 東野 政隆 様

(参加者)
所在地
名称
代表者職・氏名

印

愛媛県立病院未収金回収業務に係る見積額

項目	見積額
委託する回収対象債権に対する成功報酬の割合（法的措置を除く）	回収した債権額の _____・_____% (消費税及び地方消費税を含む)

【留意事項】

成功報酬の割合には、提案した業務に必要な費用及び付随する事務費その他一切の諸経費を含んだものとする。

様式第 5 号

辞退届

令和 年 月 日

愛媛県公営企業管理者 東野 政隆 様

所在地

名称

代表者職・氏名

印

愛媛県立病院未収金回収業務プロポーザル実施要領により、参加表明書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。