（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　　　　印

参加表明書

令和５年　　月　　日に公告のありました「一宮市立市民病院における『医師人事評価制度導入コンサルティング業務』公募型プロポーザル実施要領」に基づき、参加の希望を表明します。

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

【担当者連絡先】

　　所属部署

　　担当者職氏名

　　　電話番号

　　　ＦＡＸ番号

　　　電子メール

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

質　問　書

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問項目・ページ | 質問事項 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※質問項目には、要領、仕様書等とそれぞれのページを記入すること。

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名

一宮市立市民病院における『医師人事評価制度導入コンサルティング業務』提案書

一宮市立市民病院における『医師人事評価制度導入コンサルティング業務』実施要領に基づき、提案書及び関係書類を提出します。

（様式第４号）

会社概要書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称または商号 |  | | |
| 代表者氏名 |  | | |
| 所在地 | 本社等 | |  |
| 本業務を受託する支社等 | |  |
| 事業内容 |  | | |
| 会社設立年月日 |  | | |
| 資本金 |  | | |
| 従業員数 | （　　　年　　　月　　　日現在） | | |
| 業務実績 | 人事評価制度の構築・運用支援業務の実績について記入してください。  （１）５年以内に医療機関において実施したもの  　　　実績　計　　　　　　件  （２）上記のうち医療法第３１条に規定される医療機関において実施したもの  実績　計　　　　　　件 | | |
| 直近の実績 | １ | 病院名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　床））  契約期間　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日  対象職種　　医師　・　医師以外　　※該当するものに〇印（複数可） | |
| ２ | 病院名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　床））  契約期間　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日  対象職種　　医師　・　医師以外　　※該当するものに〇印（複数可） | |
| ３ | 病院名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　床））  契約期間　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日  対象職種　　医師　・　医師以外　　※該当するものに〇印（複数可） | |

（様式第５号）

業務実施体制書

【担当責任者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | |
| 役職名 |  | | |
| コンサルティング  経験年数 |  | | |
| 主な実績 | | | |
| 発注者 | 業務名 | 業務概要 | 期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【担当者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 発注者 | 業務名 | 業務概要 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（様式第６号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）一宮市病院事業管理者

所　 在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　　　　印

辞退届

一宮市立市民病院における『医師人事評価制度導入コンサルティング業務』にかかる公募型プロポーザルについて、参加申込をしましたが、以下の理由により参加を辞退します。

　（辞退理由）