　　2025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

一宮市の業者登録番号

|  |  |
| --- | --- |
| 地域医療連携室業務委託料見積 | |
| 業務見積金総額　　　金　　　　　　　　　　　　　円  （消費税及び地方消費税を含む） | 注1　総額は、一宮市が設定する契約上限価格以下の額を記入すること。 |
| （内訳）  別紙の通り（←注：別紙に記載しない場合は、消してこの欄に入力して下さい。） | |
| 注2 内訳は、委託に要する費用について、仕様書の業務内容との整合性がある人員配置および経費の内訳や積算を具体的に記入する。※エクセル等で作成したA4版の表を添付して明示しても良い  ＜記載例＞  ① 業務統括責任者　　　 　 保有資格　○○○  　　　　　　　　 職務経歴　500床　実務経験5年  　　　　　　　　　　　　　 600床　実務経験3年、管理責任者3年  勤務時間○時間  勤務総時間※1　　　 ○時間  1時間当たりの単価 ○○円  総費用※2 ○○円  ② 業務統括責任者　　　 　 保有資格　○○○  　　　　　　　　 職務経歴　300床　実務経験5年、地域医療連携室責任者2年  勤務時間○時間  勤務総時間※1　　　 ○時間  1時間当たりの単価 ○○円  総費用※2 ○○円  （※1･※2については上記の期間ごとと6箇月間のまとめを明示すること） | |

注3.　疑義がある場合は、一宮市立市民病院地域医療連携室業務委託事業者選定事務局から確認を行う場合がある。これに的確に回答できない場合は失格とすることがある。