（様式１）

質　問　書

年　　月　　日

福島県立宮下病院 宛

住所

商号又は名称

代表者氏名

電話番号

E-mail

（作成担当者　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 委託業務名 | 福島県立宮下病院医事会計システム導入 |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
|  |

（様式２）

回答書

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 委託業務名 | 福島県立宮下病院医事会計システム導入 |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
|  |
| 回　　　答　　　事　　　項 |
|  |

（様式３）プロポーザル参加表明

福島県立宮下病院医事会計システム導入

公募型プロポーザル方式参加申込書

年　　月　　日

福島県立宮下病院 宛

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

電話番号

E-mail

（作成担当者　　　　　　　　　　　　　）

　福島県立宮下病院が発注する標記の業務について、参加を申し込みます。

なお、募集要領に示す参加資格の全て、および別紙「福島県立宮下病院医事会計システム導入 要求機能仕様書」の必須要件をすべて満たすことに相違ないことを誓約します。

以上

（様式４）

受託実績証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 記　　載　　事　　項 |
| 国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人又は民間病院が発注した同種又は類似の業務を受託し、履行した実績 | 業務名 | 発　注　者 | 契約期間 | 業　務　の　概　要 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |

※記載内容の確認が可能な契約書の写しを添付すること。

※実績は、最大で３件まで記載することが可能である。