（様式第１号）

令和３年　　　月　　　日

質問票（あいち小児保健医療総合センター）

　実施要領等に関する内容等について、以下のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質　問　内　容 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 質　問　者 | 団体名 |  |
| 所属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |

※必要により資料名、ページ、項目名、項目番号等を明記願います。

※質問欄が不足する場合は適宜追加してください。

※送信先アドレスbyoin-kanri@pref.aichi.lg.jp　に送信すること。

※送信後、送信者は電話（052-954-6314）による着信確認を行うこと。

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

　愛知県病院事業庁長　様

　　　　　　　　　　（提出者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

提　案　書

　令和３年　　月　　日付けで公告された下記の業務等の公募型プロポーザル方式による事業者の選定について、実施要領を確認し、了解の上遵守することを誓約し、関係書類とともに提案書を提出します。

記

　　件　　名：愛知県病院事業庁勤怠等管理システム一式

（あいち小児保健医療総合センター）調達

添付書類

・　会社概要書（様式第６号）

・　業務実績書（様式第７号）

・　協力事業者調書（様式第８号）　※必要ない場合は省略

・　社会的価値の実現に資する取組に関する申告書（様式第９号）

・　認証書の写し

・　決算書

・　事業概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 氏名 |  | | |
| 所属 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| e-mail |  | | |

（様式第５号）

業務実施体制調書

１　配置予定者一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名・年齢・役職等 | 実務経験  年数 | 担当する業務内容 |
| 責任者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 主たる  担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 協力  事業者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 協力  事業者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 協力  事業者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |

※６名以上配置する場合は、別紙を作成し提出すること。

２　発注者との連絡体制

|  |
| --- |
|  |

※適宜、欄のサイズを変更して記入のこと

（様式第６号）

会社概要書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者名 |  | |
| 本社所在地 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 事業所数 |  | |
| 従業員数 |  | |
| 担当する支店・  営業所の所在地 |  | |
| 事業概要 | ※事業概要が分かれば、既存のパンフレットでも構いません | |
| 会社更生法・民事再生法の申立て | | している　・　していない |

（様式第７号）

業務実績書

公的医療機関における勤怠等管理システム構築及び保守運用の実績を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 契約の相手 |  |  |  |
| 契約金額  （税込） |  |  |  |
| 契約期間 |  |  |  |
| 業務概要  ・特徴 |  |  |  |

※直近のものから順に記載すること。３件以上の実績がある場合は、別紙を作成し提出すること。なお、現在契約中の業務も含めてよい。

※実績として記載した業務に係る契約書の写しを添付すること。

（様式第８号）

協力事業者調書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | | |
| 代表者名 |  | | |
| 本社所在地 |  | | |
| 設立年月日 |  | 資本金 |  |
| 事業所数 |  | 従業員数 |  |
| 担当する支店・  営業所の所在地 |  | | |
| 業務実績 | 主要 | | |
| 同種類似 | | |
| 本業務に関わる  担当予定者数 |  | | |
| 協力を受ける  内容 |  | | |

※協力事業者が複数の場合は、事業者別に作成してください。

※業務実績（同種類似）は、協力事業者としての実績を優先して記入してください。

※適宜、欄のサイズを変更して記入のこと