羽曳野市災害時医療救護活動計画策定支援業務

公募型プロポーザル様式一式

〇 様式一式

(様式１)参加意向表明書

(様式２)質問書

(様式３)類似業務実績書

(様式４)見積書

(様式５)辞退届

〇 提出方法

　(様式１) 持参、郵送

　(様式２) メール

　(様式３) 持参、郵送

　(様式４) 持参、郵送

 （様式５）持参、郵送

※ メールによる場合、ＰＤＦ形式によること。

※ 日時の留意事項

・持参の場合　　土曜、日曜、祝日を除く９時～１７時

・郵送の場合　　期日の１７時までに必着

・メールの場合　期日の１７時までに必着信

（様式１）

参加意向表明書

令和　　年　　月　　日

羽曳野市長　山入端　創　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　次の業務について、当社は提案者に求められる要件を満たしており、羽曳野市災害時医療救護活動計画策定支援業務に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき参加を表明します。

記

　　業務名：　羽曳野市災害時医療救護活動計画策定支援業務

担当者連絡先

所属

職・氏名

電話番号

FAX番号

Ｅ-Mail

(様式２)

質問書

令和　　年　　月　　日

羽曳野市長　山入端　創　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

羽曳野市災害時医療救護活動計画策定支援業務に係る公募型プロポーザルに対し、次のとおり質問がありますので、提出いたします。

**（質問内容）**

担当者連絡先

所属

職・氏名

電話番号

FAX番号

Ｅ-Mail

（様式３）

類似業務実績書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 業務名 |  |  |  |
| 契約金額 |  |  |  |
| 履行期間 |  |  |  |
| 発注機関 |  |  |  |
| 業務概要 |  |  |  |

※業務実績にかかる契約書の写しを添付してください。

※類似する業務実績がない場合は、この様式に「該当なし」と記載して提出してください。

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

（様式４）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

見積書

　羽曳野市長　山入端　創　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり見積いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 業 務 名 | 羽曳野市災害時医療救護活動計画策定支援業務 |
| 見積金額(税抜き) | 円 |
| 見積金額(税込み) | 円 |

　　　　　　　　　　※ 内訳明細ごとの積算を記載した書類を添付すること。

担当者連絡先

所属

職・氏名

電話番号

FAX番号

Ｅ-Mail

（様式５）

辞退届

令和　　年　　月　　日

羽曳野市長　山入端　創　　様

令和　　年　　月　　日に提案しました羽曳野市災害時医療救護活動計画策定支援業務公募型プロポーザルについて、下記の理由により辞退します。

|  |
| --- |
| 辞退理由 |

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印