（様式１）

参加表明書

　　年　　月　　日

東　広　島　市　長　　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

ＦＡＸ番号

東広島市休日診療所電子カルテシステム等導入業務に係る公募型プロポーザルに関係書類を添えて参加を表明します。

また、提出者が本プロポーザルへの参加資格要件を全て満たしていること及び添付書類の内容について、事実に相違ないことを誓約します。

（様式２）

企　業　概　要　書

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 参加の区分 | 単独　・　企業グループ |
| 企業グループの名称 |  |
| 本社に関する事項 | |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 最寄りの支店・営業所に関する事項 | |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 |  |

（注）企業グループについては、すべての構成員について作成し提出すること。

（様式３）

導入実績調書

商号又は名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 名称  （業務名等） | 発注者名  （自治体・医療機関等） | | 契約金額  （税込：円） | 履行期間 |
| 1 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 2 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 3 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 4 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 5 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 6 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 7 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 8 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 9 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |
| 10 |  | 病院 |  | 円 | 自：　　年　月  至：　　年　月 |
| クリニック |  |

注）

1　同種又は類似する導入実績について、契約が新しいものから順に記載すること。

2　同種又は類似する導入実績とは、東広島市休日診療所電子カルテシステム等導入業務に係る公募型プロポーザル実施要領２（１）と同種の業務を一括で受託したものとする。

3　記入欄が不足する場合は適宜追加して記載すること。

（様式４）

選定審査提出書類（企画提案書等）提出に関する質問書

　　　　年　　月　　日

東　広　島　市　長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |
| 電話番号 |  |  |
| FAX番号 |  |  |
| E-mail |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名：東広島市休日診療所電子カルテシステム等導入業務 | |
| 質問事項 |  |

注）1 用紙はA4判タテとする。

　　2 簡潔に分かりやすく記述すること。

　　3　選定審査提出書類（企画提案書等）に関する質問に限る。

（様式５）

辞　退　届

　　　　年　　月　　日

東　広　島　市　長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |

　下記のプロポーザルについて、都合により参加を辞退したいので、東広島市休日診療所電子カルテシステム等導入業務に係る公募型プロポーザル実施要領12（４）イの規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名：東広島市休日診療所電子カルテシステム等導入業務 | |
| 辞退する理由  （主な理由を一つだけ選ぶこと。） | 1　担当者の確保が困難である。  2　履行期間開始までの準備が困難である。  3　その他 |