様式１

**プロポーザル応募申請書（参加表明書）**

令和　　年　　月　　日

公益財団法人豊田地域医療センター

理事長　宮　川　秀　一　　　　様

（提出者）住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

下記に掲げる条件をすべて満たしており、豊田地域医療センター職員等接遇能力向上支援業務に係る公募型プロポーザルへ参加します。

記

１．本件類似事業の直近5年間の実施経験を有するものであること。

２．地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当しない者であること。

３．会社更生法（平成１４年法律第１５４号）第１７条の規定に基づく更生手続き開始の申立てがなされていない者、又は民事再生法（平成１１年法律第２２５号）第２１条の規定に基づく再生手続き開始の申立てがなされていない者であること。

４．暴力団又はその構成員の統制下にある者でないこと。

５．豊田市から入札参加者の資格及び指名停止基準に基づく指名停止措置を受けていない者であること。

６．国税及び地方税の滞納がないこと。

様式２

**企画提案書（応募書類提出書）**

令和　　年　　月　　日

公益財団法人　豊田地域医療センター

　理事長　宮川　秀一　様

　　　　　　　　（提出者）住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　商 号又は名 称

　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

豊田地域医療センター職員等接遇能力向上支援業務公募型プロポーザル方式募集要項に基づき、応募書類を提出します。

なお、本募集要項に定められた要件等を満たしていること、並びに応募提出書類及び添付書類の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

添付書類

（１）会社概要（パンフレット等）

（２）見積書

（２）提案書10部（正本1部、副本9部（コピー可））

提案者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 経歴・沿革 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員 | 役員(又は個人事業主) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 正社員(又は専従者) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| パート・アルバイト等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 本店所在地 |  |
| 支店・営業所数 |  |
| 愛知県内の支店・営業所（名称・所在地） |  |
| 業務内容 |  |
| 経営方針等 |  |
| 連絡責任者 | 氏 名 |  |
| 所 属 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅ-mail |  |

業務実績調書（過去５年間）

令和　　年　　月　　日

　公益財団法人豊田地域医療センター

　　理事長　宮川　秀一　様

　　　　　　　　　　　（提出者）住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　商 号 又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　印

業務項目：接遇能力向上支援業務

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 病院又は事業所名 | 病床数 | 受託業務内容 | 実施年度 | 契約継続 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |

※基準日を令和3年４月１日として過去５年間に病院を優先に業務実績を記入すること。

※現在も継続契約受託中の場合は「契約継続」欄に「○」を記入すること。

様式３

接遇能力向上支援事業質問書

提出代表者名　（称号・名称）

（代表者名）

（連絡者名）

（連絡先/☎）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問内容 | 回答 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| ７ |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |