　　　　　　　麻酔・重症系システム公募型

プロポーザル応募説明書

様式集

令和6年12月12日

地方独立行政法人　那覇市立病院

**様式第１号**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人 那覇市立病院　理事長

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**公募型プロポーザル参加資格確認申請書**

令和6年12月5日付けで公募型プロポーザル手続開始の公告のありました下記事業に係る公募型プロポーザルの参加資格について確認を受けるため、下記の書類を添えて申請します。

なお、この事業に係る公募型プロポーザル手続開始の公告の3（１）から（7）に定めた要件を満たしていること及び下記の添付書類の内容については、いずれも事実と相違ないことを誓約します。

記

１　事業名

　　麻酔・重症系システム更新事業

２　添付書類

* + - 1. 会社概要書（様式第７号）
      2. 登記事項証明書（写し可。提出日の３ヶ月前以降に発行されたもの）
      3. 印鑑証明書・委任状等（様式第1-2号、様式第2号）
      4. 直近２期分の計算書類（貸借対照表、損益計算書等（確定した計算書類で会計監査人の監査報告書含む））及び事業報告経営規模等総括表
      5. 那覇市税の納税証明書（写し）
      6. 納税証明書（写し）（提出日の３ヶ月前の日以降のもの）

（問い合わせ先）

部署：

氏　名：

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：

**様式第１－２号**

**委任状**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人　那覇市立病院

理事長　外間　浩　様

（委任者）　所在地

商号又は名称

　　　代表者　役職

氏名　　　　　　　　　　　　　　**実印**

　私は、下記の者を代理人と定め、次の事項に関する権限を委任します。

記

１　（受任者）所　 在　 地

商号又は名称

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**使用印**

**※様式第１号　使用印と同一の印**

２　委任期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

３　委任事項

1. 入札及び見積に関する件
2. 契約締結に関する件
3. 契約解除に関する件
4. 代金請求及び受領に関する件
5. その他前各号に附帯する一切の件

**様式第２号**

**使用印鑑届**

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人　那覇市立病院

理事長　外間　浩　様

所在地

商号又は名称

代表者　役職

　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　**実印**

　下記の印鑑は、委託、工事又は物品の購入、売払い、製造等の入札、見積、契約締結、代金請求及び受領、その他これらに附帯する一切の事項について使用します。

記

**使用印鑑**

**※委任状(様式第２号)を提出されている場合は、受任者印と同じ印鑑になります。**

■登録期間　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

■使用印鑑は下記のいずれかになります。**該当する番号に○をつけてください。**

※法人・・・ⅰ　「実印」

　　　　　 ⅱ　「会社の代表者（代表取締役）を表す実印以外の印鑑」

　 　　　　ⅲ　「委任先の役職（支店長等）を表す印鑑」

**様式第３号**

令和　　年 　月 　日

地方独立行政法人　那覇市立病院　理事長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

**参 加 辞 退 届 出 書**

令和6年12月5日付で、次の事業に係る公募型プロポーザルへの参加資格確認申請書を提出しましたが、参加を辞退いたしますので、ここに届け出ます。

なお、既に提出した参加資格確認申請書等については、返還されない事を了承しておりますので申し添えます。

事業名：麻酔・重症系システム更新事業

（問い合わせ先）

部署：

氏　名：

電　話：

ＦＡＸ：

E-mail：

**様式第４号**

**申　立　書**

令和　　　年　　　月　　日

地方独立行政法人　那覇市立病院　理事長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　麻酔・重症系システム更新に係る公募型プロポーザルへの参加表明を行うに当たり、下記のとおり申し立てます。

記

　 1 那覇市内に事業所を有しておりません。

　 2 那覇市内に固定資産を有しておりません。

　 3 那覇市内に居住する従業員又は那覇市内に居住した従業員に係る市民税の特別徴収義務者ではありません。

　 4 その他、那覇市に納付すべき確定した徴収金はありません。

**様式第５号**

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人　那覇市立病院　理事長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

**参加資格に関する質問書**

事業名：麻酔・重症系システム更新事業

| 質　　　問　　　事　　　項 | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | ﾍﾟｰｼﾞ | 該当箇所 | 質問内容 |
| 応募説明書  別紙１ | 1 | 第1章  １－１  ⑴ | ○○○については、△△△でしょうか。 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

回答の送付先

担当部署：

担当者名：

電話番号：

E-mail　：

※１：記入欄が足りない場合は、頁を挿入して作成してください。

※２：複数ページになった場合には、ページ番号を記入してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）も削除して提出してください。

※４：質問がない場合は、この質問書の提出は不要です。

※５：提出する企画提案書に添付しないこと。

**様式第６号**

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人　那覇市立病院　理事長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

**企画提案書に関する質問書**

事業名：麻酔・重症系システム更新事業

| 質　　　問　　　事　　　項 | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | ﾍﾟｰｼﾞ | 該当箇所 | 質問内容 |
| 応募説明書  別紙１ | 1 | 第1章  １－１  ⑴ | ○○○については、△△△でしょうか。 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

回答の送付先

担当部署：

担当者名：

電話番号：

E-mail　：

※１：記入欄が足りない場合は、頁を挿入して作成してください。

※２：複数ページになった場合には、ページ番号を記入してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）も削除して提出してください。

※４：質問がない場合は、この質問書の提出は不要です。

※５：提出する企画提案書に添付しないこと。

**様式第７号**

**会 社 概 要 書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 商号又は名称 |  |

　　１　本社

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 |  |  | | |
| 所 在 地 |  | | | |
| 代表者職名 |  | | ＴＥＬ |  |
| 代表者氏名 |  | | ＦＡＸ |  |

　　２　支店等（契約締結権を支店等に委任する場合のみ記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 |  |  | | |
| 支店等名称 | （会社名は不要） | | | |
| 所 在 地 |  | | | |
| 支店長等職名 |  | | ＴＥＬ |  |
| 支店長等氏名 |  | | ＦＡＸ |  |

　　３　連絡先（１　本社、２　支店等以外で連絡先となる事務所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先名称 | （会社名は不要） | ＴＥＬ |  |
| 所　在　地 |  | ＦＡＸ |  |

　　４　会社概要

|  |  |
| --- | --- |
| 総職員数 | 人 |
| 営業年数 | 年 |
| 資本金 | 千円 |
| 自己資本額 | 千円 |

※共同事業体で応募する場合、構成員ごとに作成すること。

　パンフレット等会社の概要がわかるものを添付すること。