（様式２）

資　格　調　書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 提案応募者の商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 資本金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 従業員数 | 正社員　　　　　　　　　　　　　名 |
| パート・アルバイト等　　　　　　名 |

１　患者送迎バス運行管理業務に係るプロポーザル実施要領における応募資格を有しております。

２　過去5年間において、他病院での患者送迎業務を受託し、履行しています。実績については下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名（契約の相手方） | 病床数 | 業務の名称 | 受託年度（和暦） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　病院名欄に、設立主体名を記載すること。（例：○○立□□病院）

※　記入欄が不足する場合は、別紙（様式任意　A４版縦）としてください。

（協力会社）

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　者　名 |  |
| 本 社 所 在 地 |  |
| 代　表　者　名 |  |
| 創　　設　　年 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 資　　本　　金 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 従　業　員　数 | 　　　　　　　名 |