

(様式1)

参加申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人京都市立病院機構
理事長 黒田 啓史 、様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名

印

令和5年5月15日付けで公告のあった「京北病院が果たす機能の在り方の検討に係る調査等業務」に係る提案について、添付書類に事実と相違なく、参加資格要件に該当することを誓約し、参加を申し込みます。

担当者

部署名：

氏 名：

電 話：

F A X：

E-mail：

添付書類等（各1部。ただし、6のみ10部）

- 1 法人等の概要（様式2）
 - 2 業務実績報告書（様式3）
 - 3 予定担当者調書（様式4）
 - 4 提案見積書（様式5）
 - 5 印鑑証明書
 - 6 企画提案書等
 - 7 商業登記の現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書
（写し可。提出日から3箇月以内のもの。）
 - 8 直近年度の国税（法人税及び消費税）、都道府県税及び市町村税の納税証明書
（写し可。滞納がないことを確認できるもの。提出日から3箇月以内のもの）
- ※ 7及び8は、京都市入札参加資格の登録がない場合にのみ提出

(様式2)

法人等の概要

法人等名称		
本社所在地		
代表者職氏名		
会社設立年月日		
委任先支店名		
委任先所在地		
委任者職氏名		
連絡先	電話 / FAX	
資本金		
従業員数 (内正規職員)	会社全体	名(内正規職員 名)
	内委任先支店	名(内正規職員 名)
事業内容		

(様式3)

業務実績報告書

法人等名称		
過去5年間の実績：計 件 (以下に新しい年度の実績から最大3件まで抽出して記載)		
①	業務名称	
	委託自治体等名	
	業務期間	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
	内 容	
②	業務名称	
	委託自治体等名	
	業務期間	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
	内 容	
③	業務名称	
	委託自治体等名	
	業務期間	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
	内 容	

※ 「4 参加資格要件」を満たすことが確認できる契約書等（契約の要素が記載された表書きの部分のみで可）の写しを添付する。

(様式4)

予定担当者調書

法人等名称				所属・役職			
氏名			生年月日			年齢	歳
当該部門実務経験年数			年				
保有資格（資格の種類、部門、登録番号、取得年月日）							
主な業務経歴							
受託業務経歴（過去5年間）							
委託自治体等名		業務期間			業務概要		
		平成・令和 年 月 ～平成・令和 年 月			(として従事)		
		平成・令和 年 月 ～平成・令和 年 月			(として従事)		
		平成・令和 年 月 ～平成・令和 年 月			(として従事)		

(様式5)

提 案 見 積 書

金額		百	十	万	千	百	十	円

※ 内訳は別紙を添付すること。

※ 金額は、消費税及び特別地方消費税に相当する金額を含んだ税込の総額を記載し、金額の先頭に「¥」を記載すること。

件 名 京北病院が果たす機能の在り方の検討に係る調査等業務

本件に係る実施要項及び仕様書を承諾のうえ、上記のとおり提案見積りします。

令和 年 月 日

地方独立行政法人京都市立病院機構
理事長 黒田 啓史 様

住所又は所在地

商号又は名称

職 氏 名

印

(様式6)

辞 退 届

令和 年 月 日

地方独立行政法人京都市立病院機構
理事長 黒田 啓史 様

住所（所在地）

商号又は名称

職 氏 名

印

「京北病院が果たす機能の在り方の検討に係る調査等業務」公募型プロポーザルについて、下記の理由により参加を辞退いたします。

記

1 業務名

京北病院が果たす機能の在り方の検討に係る調査等業務

2 辞退理由

担当者

部署名：

氏 名：

電 話：

F A X：

E-mail：