様式集

様式第１号　　　参加表明書等に関する質問書

様式第２号　　　プロポーザル参加表明書

様式第３号　　　参加資格確認申請書

様式第４号　　　会社概要書

様式第５号　　　企画提案書に関する質問書

様式第６号　　　企画提案書

様式第７号　　　プロポーザル参加辞退届

様式第８号　　 プロポーザル参加資格確認結果通知書

様式第９号　 　 プロポーザル企画提案書等審査結果通知書

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士市病院事業管理者

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　E-mail

参加表明書等に関する質問書

1　業務名　　臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務

上記案件に関する実施要領等について、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 実施要領等ページ番号 | 質問事項 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

【注】１ページ以上にまたがる場合は、同書式にてページを適宜追加してください。

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士市病院事業管理者

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

プロポーザル参加表明書

　臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務に係るプロポーザルについて、参加を表明します。

　　　　　　　　　　　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |

受　付　印

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

参加資格確認申請書

（宛先）富士市病院事業管理者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 住所又は所在地 |  |
|  | 商号又は名称 |  |
|  | 代表者職氏名 | 印 |

臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務公募型プロポーザルに応募したいので、会社概要書（様式第４号）及び下記書類を添えて申し込みます。

なお、参加資格要件をすべて満たしていること、並びに本申請書及び添付書類への記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

添付書類

(1) 会社の沿革、営業実態等がわかるもの

(2) 応募資格要件（７）の受託実績を証する契約書又は事業実績を証明する書類の写し

(3) 直近３年分の決算資料（貸借対照表、損益計算書等の写し）

(4) 納税証明書（法人税、消費税及び地方消費税並びに富士市税）

(5) 登記事項証明書の写し

（様式第４号）

会社概要書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 設立年月日 |  | 資本金 |  |
| 主な事業 |  |
| 経営状況 | 区分 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 |
| 売上 |  |  |  |
| 経常損益 |  |  |  |
| 流動負債 |  |  |  |
| 流動資産 |  |  |  |
| 自己資本 |  |  |  |
| 従業員数（令和７年４月１日現在） | 職種 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |

（様式第５号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士市病院事業管理者

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　E-mail

企画提案書に関する質問書

1　業務名　　臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務

上記案件に関する企画提案書等について、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 資料名ページ番号 | 質問事項 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

【注】１ページ以上にまたがる場合は、同書式にてページを適宜追加してください。

（様式第６号）

令和　　年　　月　　日

企画提案書

（宛先）富士市病院事業管理者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 住所又は所在地 |  |
|  | 商号又は名称 |  |
|  | 代表者職氏名 | 印 |

臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務公募型プロポーザルについて、企画提案書を提出します。

なお、企画提案書の記載事項及び添付書類について、事実と相違ないことを誓約します。また、事業者として決定した場合は、この提案内容に基づき履行することを誓約します。

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |

（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士市病院事業管理者

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　E-mail

プロポーザル参加辞退届

　令和○年○○月○○日付で応募しました臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務に係るプロポーザルについて、参加を辞退します。

受　付　印

（様式第８号）

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職・氏名

富士市病院事業管理者

プロポーザル参加資格確認結果通知書

　 次の件について、参加資格確認結果を通知します。

1　業務名　　臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務

2　結果

⑴　資格を有することを認めます。

⑵　次の理由により、資格を有することを認められません。

理由：○○○○○○○○○○のため

※2の理由について説明を求める場合は、令和７年６月６日（金）午後５時までに富士市立中央病院病院経営課経営企画担当へその旨を記載した書面（任意書式）を提出してください。

（様式第９号）

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職・氏名

富士市病院事業管理者

プロポーザル企画提案書等審査結果通知書

　 次の件について、審査結果を通知します。

1　業務名　　臨床検査ＩＳＯ１５１８９認定支援業務

2　結果

⑴　最適であると特定しました。

　　契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

⑵　次の理由により、特定しませんでした。

理由：○○○○○○○○○○のため

※2の理由について説明を求める場合は、令和７年７月11日（金）午後５時までに富士市立中央病院病院経営課経営企画担当へその旨を記載した書面（任意書式）を提出してください。