赤穂市民病院床頭台運営事業者選定に係る公募型プロポーザル　（様式）

令和６年７月

赤穂市民病院総務課

様式第１号

令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

赤穂市病院事業

管理者　高原　秀典　宛

（申請者）所　 在 地

称号又は名称

　　　　　　　　　 代表者氏名 印

　下記事業の業者選定に係る公募型プロポーザルに参加を希望しますので必要書類を添えて申し込みます。

１．事 業 名　　　赤穂市民病院床頭台運営事業

２．事業期間　　　令和７年１月１日から令和１２年３月３１日まで

３．担当者及び連絡先

　　所属・職名

　　担当者氏名

　　　送付先住所

　　　電話番号

　　　ＦＡＸ番号

　　　電子メール

様式第２号

令和　　年　　月　　日

見　　積　　書

赤穂市病院事業

管理者　高原　秀典　宛

所　 在 地

称号又は名称

　　　　　　　　　 代表者氏名 印

　赤穂市民病院床頭台運営事業者選定に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、利用プランの料金について、下記のとおり見積もります。

１．件　　名　　赤穂市民病院床頭台運営事業

　２．事業期間　　令和７年１月１日から令和１２年３月３１日まで

　３．見積価格

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象設備 | 項　　目 | 見積価格  （消費税相当額を含む） |
| 床頭台 | テレビ・冷蔵庫プラン   * Wi-Fi利用を含む | １日当りの利用料  金　　　，　　　円 |
| ランドリー | 洗濯機 | １回当りの利用料  金　　　，　　　円 |
| 乾燥機 | １回　　分当りの利用料  金　　　，　　　円 |

　　　注意：金額は訂正しないこと。

様式第３号

　　令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

赤穂市病院事業

管理者　高原　秀典　宛

所　 在 地

称号又は名称

　　　　　　　　　 代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　担当者　部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

赤穂市民病院床頭台運営事業者選定に係る公募型プロポーザル実施要領等について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質　　問　　内　　容 |
|  |  |