

(様式第1号)

令和 年 月 日

プロポーザル参加申込書

地方独立行政法人
岐阜県立多治見病院理事長 様

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院院内保育施設運営委託業務にかかるプロポーザルについて、当該プロポーザル実施要領に示す参加資格要件のすべてを満たしているため、参加します。

【担当者連絡先】

部署	
職名	
氏名	
所在地	
電話	
F A X	
E-mail	

(様式第3号)

質 問 書

件 名	地方独立行政法人岐阜県立多治見病院院内保育施設運営委託業務		
質 問 日	令和 年 月 日	整理番号	※この欄は記入しないでください。
事業者名			
担当者連絡先			
部 署			
職 名			
氏 名			
電 話			
E-mail			
質 問 内 容			

(様式第4号)

会社概要書

商号又は名称	(フリガナ)	
代表者名(職・氏名)	(フリガナ)	
設立年月日		
本社所在地		
営業拠点数	全国 うち岐阜県内	箇所 箇所
従業員数	役員	人
	正社員	人
	パート・アルバイト・その他	人
資本金	円	
沿革		
業務内容		

- ※1 営業拠点数及び従業員数は、令和5年9月1日現在の数を記入すること。
- ※2 沿革は企業・病院内保育所運営事業に関するものを重点的に記載すること。
- ※3 業務内容は企業・病院内保育所運営事業以外の業務も具体的に記載すること。

(様式第5号)

令和 年 月 日

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院
理事長 近藤 泰三 様

所在地
商号又は名称
代表者氏名

印

担当部署及び担当者

TEL

FAX

見 積 書

年 度	委託業務金額
令和6年度 (A)	円 (税抜)
令和7年度 (B)	円 (税抜)
令和8年度 (C)	円 (税抜)
令和9年度 (D)	円 (税抜)
令和10年度 (E)	円 (税抜)
合 計 (A+B+C+D+E)	円 (税抜)

※1 提案内容の実施に必要な経費、労務費等については、すべて委託業務の金額の中に含まれているものとする。

※2 業務の準備期間にかかる経費は業務受託者の負担とし、この金額には含めない。