

(様式1-1)

プロポーザル参加申込書

令和 年 月 日

長崎県壱岐病院

院長 向原茂明様

参加申請者 住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

下記業務に係るプロポーザルについて、下記のとおり参加を申し込みます。
なお、添付の書類に関しては、事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 業務名 物品管理調達業務
- 2 入札参加資格 壱岐市における令和6年度競争入札参加資格者名簿に登録
あり ・ なし
- 3 添付書類 受託実績届出書(様式1-2)
- 4 連絡先 所 属
氏 名
電話番号
FAX 番号
E-mail

以上

(様式1-2)

受託実績届出書

令和 年 月 日

長崎県壱岐病院

院長 向原茂明 様

届出者 住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

令和4年度以降の物品管理調達業務の受託実績は次のとおりです。

(実施要領6の(1)に規定する資格要件)

記

病院・施設名	病床数・部屋数	受託期間

※履行完了が確認できる書類（履行完了通知書等）を添付すること。

なお、契約書の写しは履行確認の書類としては認められない。

以上

(様式2-1)

6 壱病第 号
令和 年 月 日

様

長崎県壱岐病院
院長 向原 茂明

参加資格結果通知書

先に申し込みのありました、プロポーザル参加資格審査結果について、下記のとおり通知します。

記

- 1 業務名 物品管理調達業務
- 2 参加資格 参加資格を有することを認めます。
 次の理由により、参加資格は承認されませんでした。
理由：
- 3 その他 ※参加資格を有する場合
プレゼンテーションによる審査に必要な連絡事項を記載。
※参加資格を有さない場合
説明を求められる期間及び方法を記載。
- 4 担当
郵便番号：〒811-5132
住所：長崎県壱岐市郷ノ浦町東触1626
名称：長崎県壱岐病院 総務課財務係 担当：山内
電話番号：0920-47-1229
FAX番号：0920-47-5607
E-mail：iki-hospital@ikihp.jp

以上

(様式2-2)

辞 退 届

令和 年 月 日

長崎県壱岐病院

院長 向 原 茂 明 様

参加申請者 住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

年 月 日付けで参加資格を有すると認められた物品管理調達業務に係るプロポーザルについて、下記の理由により参加を辞退します。

記

辞退の理由

【連絡先】

所 属

氏 名

電話番号

FAX 番号

E-mail

以上