

(様式1)

参 加 表 明 書

令和 年 月 日

宇部市長 様

所在地
事業者名
代表者氏名

宇部市休日・夜間救急診療所医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルについて、
関係書類を添えて参加を表明します。

(連絡先) 所属名 :
担当者 :
電 話 :
E-mail :

(様式2)

会社概要調書

企画提案者	会社(団体)名	連絡担当者	所属
	代表者名		役職・氏名
	所在地		電話番号(内線)
	ホームページアドレス		E-mail

会社(団体)の概要

設立年月		資本金 (百万円)	
売上金 (百万円)		従業員数 (人)	
支社(支店)		関連会社	

※会社概要など参考となる資料(パンフレット等)があれば添付すること。

※直近の決算期の内容を記載することとし、記載困難な場合、関連資料の添付も可とする。

(様式3)

誓約書

令和 年 月 日

宇部市長 様

所在地
事業者名
代表者氏名

宇部市休日・夜間救急診療所医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルの参加にあたり、募集要項「7 応募資格」の各要件を全て満たし、提出書類の内容についても事実と相違ないことを誓約します。

また、後日誓約した内容に違反する事実が判明した場合には、いかなる措置を受けましても異存のないことを誓約します。

(様式4)

質 問 書

令和 年 月 日

宇部市 健康福祉部 地域医療対策室 あて

宇部市休日・夜間救急診療所医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問書を提出します。

事業者名	
所属名	
担当者名	
電 話	
E - m a i l	

No	該当資料名	該当項目	質問内容
1			
2			
3			
4			

※電子メールで提出し、送信後は電話で受信確認すること

送信先：iryoud@city.ube.yamaguchi.jp TEL：0836-39-7137

(様式5)

企 画 提 案 書

令和 年 月 日

宇部市長 様

所在地
事業者名
代表者氏名

宇部市休日・夜間救急診療所医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり企画提案書を提出します。

なお、全ての提出書類の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

- 1 事業計画書（任意様式）
- 2 業務スケジュール（任意様式）
- 3 業務の遂行体制（任意様式）
- 4 見積書（任意様式）

(連絡先) 所属名 :
担当者 :
電 話 :
E-mail :

(様式6)

辞 退 届

令和 年 月 日

宇部市長 様

所在地
事業者名
代表者氏名

宇部市休日・夜間救急診療所医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルに対し参加表明を行いました。次の理由により参加を辞退します。

辞 退 理 由