（様式第１号）

応　募　意　思　表　明　書

令和　　年　　月　　日

香川県立中央病院

院長　髙口　浩一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込者）

所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号(名称)

代表者氏名

令和７年８月２１日公告の下記の業務について、公告の応募条件・資格に記載された全ての要件を満たすことを宣誓し、参加を申し込みます。

記

１　業務名　　夜間看護補助者派遣業務

２　添付書類　　・業務受託実績書（様式第２号）

　　　　　　　　・会社概要書

・香川県税納税証明書（公告２（４）ただし書きに該当する者）

※香川県税の納税義務がない者は、その旨の証明書

・商業法人登記簿謄本又は登記事項証明書の全部事項証明（履歴事項証明）

・決算状況を明らかにする書類

３　連絡先　　所　　　属

　　　　　　　担当者名

　　　　　　　電話番号

　　　　　　　携帯電話

　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　Ｅメール

（様式第２号）

業務受託実績書

　令和４年４月１日以降に、日本国内において当院と同規模程度以上の病院で、当該夜間看護補助者派遣業務と種類及び規模を同じくする業務を６か月以上継続して適切に行った実績を記載すること。

なお、記載内容が確認できる書類（契約書及び仕様書の写し等）を添付するとともに、業務期間欄は、契約書（写し）に記載の契約期間と一致させること。

応募者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 業　務　名 | ○○業務 | ○○業務 |  |
| 発注者名称 | ○○県 | ○○大学病院 |  |
| 病　院　名（病床数） | 県立○○病院（○○○床） | ○○大学病院（○○○床） |  |
| 業務期間 | ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 |  |
| 業務の概要 |  |  |  |
| 備　　　考 |  |  |  |

※病院の規模及び受注業務の内容が、本件業務と類似したものを優先して記入すること。

※それぞれのスペースは応募者で変更可能とする。ただし、Ａ４用紙１枚にまとめること

（様式第３号）

辞　　　退　　　届

令和　　年　　月　　日

香川県立中央病院

院長　髙口　浩一　様

所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号(名称)

代表者氏名

令和７年８月２１日公告の下記の業務について、応募意思表明書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

記

業務名　　夜間看護補助者派遣業務

（連絡先）

　　所　　属

　　担当者名

　　電話番号

　　携帯電話

　　Ｅメール

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

質 問 書

香川県立中央病院

院長　髙口　浩一　様

「夜間看護補助者派遣業務」について以下のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 提案者名 |  |
| 所　　属 |  |
| 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話・ＦＡＸ |  |

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

※質問項目（文書名・ページ番号・項目など）について明確に示すこと。

※記入欄が不足する場合は複写して作成すること。

（様式第５号）

業　務　見　積　書

令和　　年　　月　　日

香川県立中央病院

院長　髙口　浩一　様

所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号(名称)

代表者氏名

令和７年８月２１日公告の夜間看護補助者派遣業務について、下記のとおり見積りします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 摘　　要 | 金　　額 |
| 夜間看護補助者派遣業務 | 夜間看護補助者１名につき１時間あたりの単価 | 円 |

（金額に、消費税及び地方消費税は含まない。）

　＜補足事項＞

　※上記の金額に含まれない割増率等については、必ず記載すること。

・例）深夜時間帯（22時～翌5時）の勤務は、上記見積金額の25％増となる。

・例）所定の時間を超えて勤務した場合は、上記見積金額の25％増となる。