

## 参 加 表 明 書

平成 年 月 日

地方独立行政法人りんくう総合医療センター  
理 事 長 八木原 俊克 様

所 在 地  
商号又は名称  
代表者職氏名

印

今般、実施される「地方独立行政法人りんくう総合医療センター医事業務等委託」にかかる業者選定について、公募型プロポーザル募集要項の内容を承諾のうえ参加することを表明します。

また、募集要項「第4 参加資格要件」を満たしていることをここに誓約します。

担 当 者 名	
所 属	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l	

## 現地見学会参加希望申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人りんくう総合医療センター  
理事長 八木原 俊克 様所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名

印

「地方独立行政法人りんくう総合医療センター医事業務等委託」にかかる現地説明会に、下記の者を参加させたいので申請します。

## 記

1	担当者名	
	所属	
2	担当者名	
	所属	
3	担当者名	
	所属	

※ 現地説明会への参加は、各事業者3名までとする。

※ 配布資料は、各事業者1部とする。

## 募集要項及び仕様書等にかかる質問書

業 務 の 名 称	地方独立行政法人りんくう総合医療センター医事業務等			
質 問 日	平成 年 月 日	質問番号	整理番号	※この欄には記入しないで ください。
法 人 の 名 称				
担 当 者 連 絡 先				
部 署				
職 名				
氏 名				
電 話				
E - m a i l				
質 問 内 容				
ページ/タイトル	要 項 P. (タイトル)			
	仕 様 書 P. (タイトル)			
質 問 要 旨				

※ 質問事項は本様式1枚につき1問とし、簡潔にとりまとめて記載する。また、質問数が複数の場合、通し番号を付すること。

# 事業者概要書

平成 年 月 日現在

1 商号又は名称

2 代表者 役職・氏名  
役職：

氏名：



3 設立（事業開始）年月日

4 本社所在地  
住 所：

TEL：

FAX：

（本業務を受託する支社等）

住 所：

TEL：

FAX：

5 資本金（千円）

6 従業員数（本業務を受託する支社等）

正社員	派遣社員	パート	アルバイト	その他	合計
人	人	人	人	人	人

7 主たる事業分野

8 個人情報保護に関する方針又は規程（方針又は規定のコピーを添付する）

- 策定年月日 :
- 直近の改定日 :
- 名 称 :

以 上

受付番号 ※当課記入	
---------------	--

提出日：平成 年 月 日

# 地方独立行政法人りんくう総合医療センター 医事業務等委託にかかる企画提案書

所在地

事業者名

代表者名

印

連絡先

電話番号

FAX

E-Mail