

(様式1)

参加表明書

業務名：(仮称)統合新病院人事給与制度設計コンサルティング委託業務

標記業務の企画提案書に基づく選定の参加について関心がありますので、参加表明書を提出します。

令和 年 月 日

市立伊丹病院
伊丹市病院事業管理者 中田 精三 様

公立学校共済組合
理事長 金森 越哉 様

(提出者) 住 所

電話番号

社 名

代 表 者

㊞

(窓口となる連絡先) 住 所

担当部署

氏 名

電話番号

F A X

E- mail

注) 代表者印を押印して下さい。

(様式2)

会 社 概 要

会 社 名	
所 在 地	
設 立 年 月 日	
資 本 金	
従 業 員 数	事務系 名 技術系 名 その他 名
株 式 上 場 の 有 無	有り (部上場) ・なし

※1. 参加表明書提出時点の内容を記入してください。

2. 補足説明資料として、会社概要を記したパンフレット等の添付を行うこと。

○直近10年以内に病院の統合に係る人事給与制度設計業務関連に携わった実績があること

(様式3)

業務実施方針及び手法

業務の実施方針	※業務への取組体制及びその特徴、特に重視する業務遂行上の配慮事項、その他の業務実施上の配慮事項を簡潔に記述する。なお、提出者（協力事務所を含む）を特定することができる内容の記述（具体的な社名等）を記載してはならない。

(様式4)

企画提案書等の提出について

業務名：(仮称)統合新病院人事給与制度設計コンサルティング委託業務

標記業務について、企画提案書等を提出します。

令和 年 月 日

市立伊丹病院
伊丹市病院事業管理者 中田 精三 様

公立学校共済組合
理事長 金森 越哉 様

(提出者) 住 所
電話番号
社 名
代 表 者

Ⓔ

(窓口となる連絡先) 住 所
担当部署
氏 名
電話番号
F A X
E- mail

注) 代表者印を押印して下さい。

(様式5)

価格見積書

令和 年 月 日

市立伊丹病院
伊丹市病院事業管理者 中田 精三 様

公立学校共済組合
理事長 金森 越哉 様

(提出者) 住 所
電話番号
社 名
代 表 者

㊞

下記のとおり見積りします。

記

業務名 (仮称) 統合新病院人事給与制度設計コンサルティング委託業務

	千	百	十	万	千	百	十	円
金額								

(注) 見積書に記載された金額は、消費税相当分を含んだ金額である。

金額を訂正しないこと。

金額記載の文字はアラビア字体とすること。

金額の頭に¥記号をつけること。

(様式6)

質問書

令和 年 月 日

市立伊丹病院事務局総務課宛

(提出者) 住 所
電話番号
社 名
代 表 者
担当部署
氏 名
E-mail

(仮称)統合新病院人事給与制度設計コンサルティング委託業務について以下のとおり質問事項を提出します。

質問事項	
質問事項	
質問事項	

市立伊丹病院事務局総務課 E-mail : itami-hp@city.itami.lg.jp