様式１（提案書作成要領５関係）

年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

　次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける広告付周辺案内地図設置事業

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

様式２（提案書作成要領５関係）

年　　月　　日

業　務　経　歴　書

横浜市病院事業管理者

　業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

契約番号：

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける広告付周辺案内地図設置事業

　※一般競争入札の場合は、契約番号又は公告番号を記入してください。

上記案件について、次のとおり業務経歴があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注文者 | 受注区分 | 件名 | 業　務　内　容 | 契約金額  （千円） | 履　　行  期　　間 |
|  | * 元請 * 下請 |  |  |  | から  まで |
|  | □　元請  □　下請 |  |  |  | から  まで |
|  | □　元請  □　下請 |  |  |  | から  まで |

（注意）１ 案件ごとに提出してください。

２ 設計図書に基づく業務又はこれと同種の業務について、完了したものを記載してください。

なお、注文者は、官公庁・民間を問いません。

３ 下請業務等については、注文者は元請者を記載し、その下に発注者を（　 ）で記載してください。その場合、件名及び業務内容は、下請業務について記載してください。

様式５（提案書作成要領６関係）

年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

質　問　書

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける広告付周辺案内地図設置事業

|  |
| --- |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
|  |

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

様式７（提案書作成要領７関係）

年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　提　案　書

　次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける広告付周辺案内地図設置事業

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

様式８（提案書作成要領７関係）

入札（見積）書

　　年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　 　　　　　 　　　　　　㊞※

　次の金額で、関係書類を熟覧のうえ、横浜市医療局病院経営本部契約規程を遵守し入札

（見積）いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　額  （賃借料及び  広告料の月額） |  |  |  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

件　　名 横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける広告付周辺案内地図設置事業

|  |
| --- |
|  |

（注意）

　　入札（見積）書には、消費税法第９条第１項規定の免税事業者であるか課税事業者であるかを問わず、見積った契約希望価格の 110分の 100に相当する金額を記載すること。

※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

（注意）

１　入札の場合、押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、無効とする。

２　入札の場合、「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、無効とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。

３　入札の場合、「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、無効とする。

------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市病院事業担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法  （☐随意契約のため、在籍確認不要） | 通知書・申請書類・本人確認書類  （　　　　　　　　）  電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

様式９（提案書作成要領７関係）

企業としての取組確認票

次の（1）～（5）について、該当するものにチェックをしてください。

ただし、「策定している」、「認定されている」、「達成している」を選択した場合は、証明できる文書を添付してください。

ワーク・ライフ・バランス、障害者雇用、健康経営に関する取組

１　次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

□　策定し、労働局に届出ている（従業員101人未満の場合のみ）

□　策定していない、又は策定しているが従業員101人以上

提出書類：労働局の受付印のある「一般事業主行動計画」の写し

２　女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく優良企業の認定

□　認定を受けている（従業員301人未満の場合のみ）

□　認定を受けていない、又は従業員301人以上

提出書類：労働局の受付印のある「一般事業主行動計画」の写し

３　青少年の雇用の促進等に関する法律に基づくユースエール認定の取得

□　認定されている

□　認定されていない

提出書類：「認定通知書」の写し

４　障害者雇用促進法に基づく法定雇用率2.3％の達成

□　達成している（従業員43.5人以上）、又は障害者を１人以上雇用している（従業員43.5人未満）

□　達成していない（従業員43.5人以上）、又は障害者を１人以上雇用していない（従業員43.5人未満）

提出書類：最新年度の障害者雇用状況報告書（「事業主控」）の写し

５　健康経営銘柄、健康経営優良法人（大規模法人・中小規模法人）の取得、又は、横浜健康経営認証のＡＡＡクラス若しくはＡＡクラスの認証

□　認定若しくは認証を受けている

□　認定若しくは認証を受けていない

提出書類：健康経営銘柄、健康経営優良法人を取得している場合は「認定証の写し」

横浜健康経営認証を受けている場合は「認証通知書」の写し

様式10（提案書作成要領８関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入 札 辞 退 届  　　年　　月　　日  　横浜市病院事業管理者  住　　　　所  商号又は名称  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　※  　　次の入札について、都合により辞退したいのでお届けいたします。  件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける広告付周辺案内地図設置事業  ※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | | |  |  |  | | **連　　　絡　　　先** |  |  | |  | | **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | | |  |  |  | | **連　　　絡　　　先** |  |  | |  |   １　押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、不受理とする。  ２　「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、不受理とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。  ３　「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、不受理とする。  --------------------------------------------------------------------------------------   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 横浜市使用欄 | 横浜市病院事業担当者名 |  | | 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 | | 確認方法 | 申請書類・通知書・本人確認書類  （）  電話・メールアドレス・ＦＡＸ番号その他  （） | | 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  | |