

(簡易公募型プロポーザル方式 様式 1~3)

受付番号：

【様式 1】

令和      年      月      日

沖縄県立宮古病院

院 長 川満 博昭 殿

## 参 加 表 明 書

「沖縄県立宮古病院医事業務委託」企画提案募集実施要領の条件等を了解し、下記書類の添付並びに記載事項の事実と相違がないことを誓約し、参加を表明いたします。

記

1. 受託実績を証明する書類
2. 会社概要

申 込 者：住所

会社名

代表者名

代表者印

担 当 者：

所属・職 ：

氏 名：

電 話 番 号：

F A X：

メ ー ル：

(簡易公募型プロポーザル方式 様式 1~3)

受付番号：

【様式 2】

令和      年      月      日

「沖縄県立宮古病院医事業務委託」

企画提案応募申請書

沖縄県立宮古病院

院 長 川満 博昭      あて

住      所：

会 社 名：

代表者名：

代表者印

電話番号：

「沖縄県立宮古病院医事業務委託」企画提案募集実施要領の条件等を了解し、下記の提出書類を添えて応募します。

記

- 1 企画提案書
- 2 委託業務見積書
- 3 仕様書（案）

担 当 者：

所 属・職：

氏      名：

電 話 番 号：

F A X：

メ      ー      ル：

(簡易公募型プロポーザル方式 様式 1~3)

【様式 3】

## 質 問 書

令和      年      月      日

沖縄県立宮古病院

医事業務委託契約担当    あて

当      者：

所 属・職：

氏      名：

電 話 番 号：

F   A   X：

メ   ー   ル：

今般実施の「沖縄県立宮古病院医事業務委託」に係る企画提案募集について以下のとおり質問します。

＊内容について、詳細をわかりやすく記入してください。

質問に対する回答は参加者全員に対し、メールにて回答します。

締め切りは令和 7 年 8 月 12 日（火）正午です。