様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 都留市立病院　SPD業務委託に関する質問書 | |
| 質問者 | 会社名：  代表者名：  連絡先：電話  FAX  E－mail  質問者： |
| 提出年月日 | 令和7年　　　月　　　日 |
| 質問事項 |  |

注）質問提出期限を過ぎて提出された質問には回答しません。

　　質問の回答は、Eメールで回答する。

様式第２号

令和7年　　月　　日

都留市立病院　開設者

都留市長　　堀 内 富 久　　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

プロポーザル参加意向申出書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

　なお、参加資格要件を全て満たしていることを誓約します。

件名：都留市立病院　SPD業務委託

様式第３号の１

令和7年　　月　　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　様

都留市立病院　開設者

都留市長　堀　内　富　久

提案資格確認結果通知書

次の件について、提案資格確認結果を通知します。

件名：都留市立病院　SPD業務委託

結果①：資格を有することを認めます。

結果②：次の理由により、資格を有することを認めません。

理　由：

※上記理由について説明を希望される方は、令和7年　　　月　　　日までに都留市立病院　総務企画課へその旨を記載した書面を提出してください。

様式３号の２

令和7年　　月　　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　様

都留市立病院　開設者

都留市長　堀　内　富　久

プロポーザル参加指名通知書

次の件について、都留市立病院SPD業務に係る公募型プロポーザル実施要領に基づきプロポーザルを行いますので、参加されたく通知します。

件名：都留市立病院　SPD業務委託

様式第４号

令和7年　　月　　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　様

都留市立病院　開設者

都留市長　堀　内　富　久

プロポーザル関係書類提出要請書

次の件について、所定の期日までに提案書を提出していただきたく通知します。

件名：都留市立病院　SPD業務委託

提出書類　提案書（提出期限　令和7年　　月　　　日）

様式第５号

令和7年　　月　　日

　都留市立病院　開設者

都留市長　堀 内 富 久　様

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：都留市立病院　SPD業務委託

様式第６号

令和7年　　月　　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　都留市立病院　開設者

都留市長　堀　内　富　久

審 査 結 果 通 知 書

貴社から提出のあった次の件の提案書について、審査結果を次のとおり通知します。

件名：都留市立病院　SPD業務委託

結果①：最適であると特定しました。

　　　　　契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

結果②：次の理由により、特定しませんでした。

理　由：