【様式１】

令和　　年　　月　　日

**沖縄県立南部医療センター・こども医療センター**

**「床頭台等設置運営事業」参加申込書**

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

院　長　　福里　吉充　殿

申込者：住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター内における床頭台等の運営を希望し、次の関係書類を添えて申込みします。

（添付書類）

１　会社概要書（別紙様式２）

２　仕様書に対する企画提案書

３　導入実績書（別紙様式４）

４　誓約書（別紙様式５）

５　その他添付書類

【様式２】

**会社概要書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  | 登記簿謄本等  証拠書類を添付 |
| 社名  （電話番号） |  | 同上 |
| 代表者 |  | 同上 |
| 従業員数 |  |  |
| 資本金 |  | 賃借対照表等  証拠書類を添付 |
| 売上高 |  | 同上 |
| 経常利益 |  | 同上 |
| 営業拠点数 |  | 支店・営業所等 |
| 導入実績 | 別　紙　記　載 | 医療機関に限る |

【様式３】

令和　　年　　月　　日

**質問書**

　沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

　院　長　　福里　吉充　殿

　　　　　　　　　　（質問者）住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

床頭台等の運営に関する業者選定について、下記のとおり質問します。

記

質問事項

|  |  |
| --- | --- |
| （１） |  |
| （２） |  |
| （３） |  |
| （４） |  |
| （５） |  |

【様式４】

**導入実績書**

沖縄県内200床以上の医療機関実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所　在　地 | 営業内容 | 左の数量  （床頭台数等） | 営業開始年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |