（様式１）

参加資格認定申請書

平成　年　月　日

福井県立病院長

　　橋爪　泰夫　様

申請書　住所（所在地）

商号（名称）

代表者　職　氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

ＦＡＸ番号

　平成３０年　月　日付で公告のありました、福井県立病院平成３０年度病院機能紹介冊子制作業務プロポーザルに参加する資格の認定を受けたいので、下記の書類を添えて申請します。

　なお、福井県立病院平成３０年度病院機能紹介冊子制作業務プロポーザル実施要領３に定めるすべての要件を満たし、添付書類の内容が事実と相違ないことを誓約します。

１　会社概要書（様式２）

２　同種業務実績（様式３）

３　福井県競争入札参加決定通知書（写）

　　　※　公告の日以降に申請書を提出している場合はその写し

（様式２）

会社概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号または名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| （県外に本社がある場合）  県内の支社名および所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高 |  |
| 従業員数  （県外の場合は上記県内支社の従業員数） | 人　（うち編集・デザイン部門：　　　　　人） |
| 事業概要 |  |
| 本件の担当部署 | 担当部署名  担当者名  住所  電話  ＦＡＸ  電子メール |

（注１）Ａ４縦　片面１枚とする。

（注２）平成３０年３月１日現在で記入すること。

（注３）会社案内等のパンフレットを、１部添付すること。

（様式３）

同種業務実績

医療機関や事業所等の紹介冊子、各種情報誌等の制作受注実績（自社出版物含む）を５つまでご記入ください。（50～100頁程・全頁フルカラー・写真多数掲載有のものを記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 受注先  （自社含む） | 冊子の目的 | 頁数 | 作成部数 | 制作期間 | 特記事項  写真撮影あり取材あり等 |
| （例）  Ｈ２９ | 県立病院 | 開業医対象の  診療科紹介 | ８０ | ９００ | ３か月間 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

その他ＰＲ事項がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

1. 様式は適宜変更して差し支えないが、記載項目は上記に準じること。
2. 可能であれば実績を示す成果品を各１部添付すること。

（様式４）

福井県立病院平成３０年度病院機能紹介冊子制作業務に関する企画提案書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成３０年　　月　　日

　福井県立病院長　橋爪　泰夫　様

　　　（提案者）　住所（所在地）

商号（名称）

代表者　職　氏名　　　　　　　　　　　印

福井県立病院平成３０年度病院機能紹介冊子制作業務に関する企画提案書を

別添のとおり提出します。

＜提出書類＞　各６部

１　業務実施体制（様式５）

２　業務計画書

３　デザイン案

４　レイアウト案

５　経費見積書　（様式６）

６　会社案内パンフレット

７　同種業務実績成果品

８　その他

　　　　　　　　　　　　　（連絡担当者）　担当部署：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　F A X　 ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール：

（様式５）

業務実施体制等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務区分 | | 従業員数 | 委託事業に  従事する人数 | 備考  委託事業業務担当者が自社以外の場合、所属会社名等 |
| ディレクター（総括） | |  |  |  |
| カメラマン | |  |  |  |
|  |  |  |
| デザイナー | |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 編集者 | |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ライター | |  |  |  |
|  |  |  |
| 印刷 | |  |  |  |
|  |  |  |
| そ の 他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　様式は適宜修正しても差し支えない。

（様式６）

経　費　見　積　書

福井県立病院長

　　橋爪　泰夫　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会　社　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 積算項目 | 単　価 | 数　量 | 金額 | 備　考 |
|  | 積算項目の設定内容は任意とするが、想定されるものは以下の例のとおり。  （項目の例）  ○企画・編集　　　　○デザイン・レイアウト・図表作成  ○写真撮影・加工　　○印刷仕上げ（冊子製本）  〇リライト　　　　　○ホームページ用データ作成  **見積った経費の内容、算定法などについては、業務を適正に執行する上で妥当なものかどうかを判断する観点から、プレゼンテーションの際に詳細に確認や質問を行うことがあるため、注意すること。** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 制作費［税抜き］ | | |  |  |
| 消費税 | | |  |  |
| 総計［税込み］ | | |  |  |

（注）　様式は適宜変更して差し支えない。

（様式７）

福井県立病院平成３０年度病院機能紹介冊子制作業務

プロポーザルに関する質問書

福井県立病院

医療サービス課　地域医療連携推進室　あて

ＦＡＸ：0776-57-2901

質問提出日：平成　　年　　月　　日

商号または名称：

担当者名：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

電子メール：

|  |
| --- |
| ＜質問内容＞ |