

宮崎県立病院事業医業未収金回収業務委託
応募等様式集

	内容	様式
1	プロポーザル参加申請書	第1号
2	同種業務受託実績一覧表	第2号
3	委任状	第3号
4	辞退届	第4号
5	質問書	第5号

(様式第1号)

令和 年 月 日

宮崎県病院局長 殿

応募者

所在地

商号又は名称
代表者 氏名

印

プロポーザル参加申請書

「宮崎県立病院事業医業未収金回収業務委託公募型プロポーザル実施要領」に基づく企画提案競技に参加したいので、下記のとおり申請します。

また、同要領に規定する参加資格要件を全て満たしていることを誓約します。

記

1 会社名

2 所在地

3 代表連絡先

- ・電話番号
- ・FAX番号

4 担当者

- ・部署名
- ・職・氏名
- ・電話番号
- ・FAX番号
- ・メールアドレス

5 添付書類

- ① 事務所等の概要を紹介した冊子等（作成されている場合のみ）
- ② 弁護士会に所属している証明書
- ③ 法人登記事項証明書又は登記簿謄本（法人のみ）
- ④ 決算書等の収支状況が分かる資料（直近1期分）
- ⑤ 受託実績を証する書面
- ⑥ 委任状（※支店長等代表権を有しない者が申請する場合のみ必要）

(様式第2号)

同種業務受託実績一覧

番号	病院名 (発注機関)	病床数	実施 期間	業務の名称及び業務の概要 (契約金額)

※ 令和4年1月1日現在、過去3年間において1以上の医療機関から医療費（個人負担分）に係る未収金の管理回収業務の受託実績があること。

※ 上記受託実績の契約書の写し及び契約履行を証明する書類（検査完了通知、支払いを受けたこと
のわかる書類など）の写しを提出すること。

(様式第3号)

令和 年 月 日

委任状

宮崎県病院局長 殿

応募者 所在地

商号又は名称

代表者 氏名

印

私は都合により

受任者 事業所所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

を代理人と定め、宮崎県病院局経営管理課が行う「宮崎県立病院事業医業未収金回収業務委託」に関し下記の権限を委任します。

記

- 1 プロポーザル参加申請書その他各種届け出について
- 2 企画提案及び見積、その他応募に必要な事項について
- 3 契約の締結について

(様式第4号)

令和 年 月 日

辞 退 届

宮崎県病院局長 殿

応募者

所 在 地

商号又は名称

代表者 氏名

⑩

「宮崎県立病院事業医業未収金回収業務委託」の企画提案競技に参加申込しましたが、都合により辞退します。

(様式第5号)

令和 年 月 日

質 問 書

宮崎県病院局長 殿

会 社 名 _____

連絡担当部署名 _____

連絡担当者氏名 _____

電 話 番 号 _____

E - mail _____

番号	質 問 内 容
1	
2	
3	

※ 提案書作成に当たって質問がある場合、本様式にてE-mailで提出してください。内容に応じ、随時、電子メールで回答します。

※ 質問内容が上記に書ききれないとき、又は複数あるときなどは、上記1に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付して差し支えありません。

提出先メールアドレス

keieikanri-hp@pref.miyazaki.lg.jp