（様式１）

令和　　年　　月　　日

　島根県知事　様

（単独法人またはコンソーシアム代表者）

所在地

会社名

代表者の肩書・氏名

（連絡担当者）

職・氏名

TEL

FAX

E-mail

石見高等看護学院教務システム開発業務提案競技参加申込書

この業務の提案競技に参加したいので、関係資料を提出します。

　なお、石見高等看護学院教務システム開発業務提案競技実施要領に定められた参加資格を満たしていること及び、記載内容について事実と相違ないことを誓約します。

１　提案者の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 単独法人または  コンソーシアム  代表者 | 法人名 |  | | |
| 代表者の肩書・氏名 |  | | |
| 本社所在地 |  | | |
| 資本金（千円） |  | 従業員数（人） |  |
| 業種　営業種目 |  | | |
| コンソーシアム構成員 | 法人名・代表者名 |  | | |
| 本社所在地 |  | | |
| 資本金（千円） |  | 従業員数（人） |  |
| 業種　営業種目 |  | | |

**【添付資料（各1部添付してください。）】**

①島根県内に事務所を有する者：県税に関する納税証明書(発行後３か月以内のもの、コピー可)

②島根県内に事務所を有しない者（島根県に納税義務のない者）：本店が所在する都道府県の法人事業税に滞納がないことの証明書(発行後３か月以内のもの、コピー可)

③税務署が発行する消費税及び地方消費税に関する納税証明書(発行後３か月以内のもの、コピー可)

※単独・コンソーシアムに関わらず、島根県内に事務所を有する者は①と③、島根県内に事務所を有しない者は②と③の添付が、全社必要です。

④過去の類似事業実績（様式自由・同規模程度の実績があれば優先的に添付してください。）

※全社必要

⑤会社等組織概要（会社案内、要覧、定款等）※全社必要

⑥コンソーシアムによる参加の場合は、コンソーシアム協定書の写し

（様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　島根県知事　様

（E-mail：iryo-kango@pref.shimane.lg.jp ）

住　　所

会 社 名

代 表 者

担 当 者

連 絡 先　(電話)

　　　 (E-mail)

石見高等看護学院教務システム開発業務提案競技質問書

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 内　　　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |