様式第１号

参 加 表 明 書

令和　　年　　月　　日

　島根県立中央病院長　小阪　真二　様

 （提出者）

　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　（作成責任者）

 　所属・職・氏名

 電話番号

 ファクシミリ

　令和７年10月１日付公告に係る下記業務について提案書提出の意思がありますので、別添のとおり資料を提出します。

　なお、応募資格要件を満たすこと及び添付書類の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

記

　　業務名　　島根県立中央病院入院セット提供業務

（添付書類）

　１　会社概要（様式第２号）

　２　法人の登記事項証明書（３ヶ月以内に発行されたもの）

　３　直近事業年度の財務諸表

　４　入院セット提供業務実績表（様式第３号）

　５　島根県税の滞納がないこと又は納税義務がないことの証明書

　６　消費税及び地方消費税の滞納がないこと又は納税義務がないことの証明書

様式第２号

**会社概要**

|  |  |
| --- | --- |
| **１　商号または名称** |  |
| **２　代表者職氏名** |  |
| **３　設立年月日** |  |
| **４　本社（店）所在地** |  |
| **５　事業内容** |  |
| **６　支店・営業所数** |  |
| **７　従業員数** | 正規職員　　　　　　　名 | パート・アルバイト等　　　　名 |
| **８　経営状況等****（直近事業年度）** | 売上高 | 年度　　　　　　　百万円 |
| 営業利益 | 年度　　　　　　　百万円　　※損失がある場合は金額の前に△を記載すること。 |
| 当期純利益 | 年度　　　　　　　百万円　　※損失がある場合は金額の前に△を記載すること。 |
| 自己資本比率 | 年度　　　　　　　パーセント |
| 資産・負債等（直近の決算時点） | 流動資産　　　　　　　百万円流動負債　　　　　　　百万円当座資産　　　　　　　百万円自己資産　　　　　　　百万円総資産　　　　　　　　百万円 |

会社及び事業概要等が分かる会社案内等の補足資料がある場合は添付すること。

様式第３号

**入院セット提供業務実績表**

入院セット提供業務を令和２年10月１日から令和７年９月30日までの間に１年以上継続して実施した実績を記入すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在県名 | 病院名 | 病床数 | 業務内容 | 契約期間 |
|  |  | 床 |  | 年　月　日から年　月　日まで |
|  |  | 床 |  | 年　月　日から年　月　日まで |
|  |  | 床 |  | 年　月　日から年　月　日まで |

注１：病院名の明記が困難な場合、特定できないような表記とすること

　２：契約開始の早い順、病床数の多い順に記載すること

　３：実績等について虚偽の記載があることが判明した場合、参加資格等を取り消す場合がある

様式第４号

**島根県立中央病院入院セット提供業務に係る質問書**

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 電話番号 | （会社）（携帯） |
| ファクシミリ |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 質問項目 | 資料名、該当ページ |
| 質問内容（わかりやすく記載してください。） |  |

注） 質問について、上段に簡潔な項目で示し（○○について）、下段でできるだけわかりやすく趣旨を記載してください。