

様式第1号

質 問 書

年 月 日

井原市立井原市民病院総務課 宛て
(FAX : 0866-62-1275)

所 在 地
商号又は名称
代表者氏名

連絡責任者氏名
電話番号
FAX番号
電子メール

業 務 名	井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業務
質 問 事 項	

※ 質問の受付は、令和7年6月9日（月）正午までとします。

受付番号	
------	--

参 加 申 込 書

年 月 日

井原市立井原市民病院

病院事業管理者 齋藤 信也 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

プロポーザルについて、下記のとおり参加申込みします。

記

- | | | | |
|-----------|--|---|---------|
| 1 業 務 名 | 井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業務 | | |
| 2 入札参加資格 | 井原市物品購入等入札参加申請 | あ | り ・ な し |
| 3 認証取得資格 | プライバシーマーク認証取得 | あ | り ・ な し |
| 4 添 付 書 類 | 会社概要書（様式第3号）
誓約書（様式第4号） | | |
| 5 担 当 者 | 所属及び役職
担 当 者 名
電 話 番 号
F A X 番 号
E-m a i l | | |

会 社 概 要 書

法人等の名称又は商号			
代表者職及び氏名			
法人等の所在地	〒		
設立年月日	年 月 日		
資本金			
直近の決算状況 (売上高)	年 月期	円	
役員及び従業員数	名（うち役員 名、正社員 名、パート等 名）		
主な事業内容			
ホームページ	有	「有」の場合には、 URL :	無
本業務と同種の業務の実績 (自治体名、業務名、 実施期間、業務内容等)			
備 考			

※ 書ききれない場合には、補足資料等を必要に応じて別途作成し、添付すること。

※ 会社の概要が分かるパンフレット等を1部添付すること。

誓 約 書

年 月 日

井原市立井原市民病院
病院事業管理者 齋藤 信也 様

本店等所在地

商号又は名称

代表者職氏名

代表者 印

(角印(社印)等を使用する場合は押印のこと)

私は、次の事項について誓約します。

また、これらに万一違反する行為があったときは、入札参加資格の取消しの処分を受けること、契約後の場合は本業務に係る契約の解除又は解約及び違反によって井原市立井原市民病院に生じた全ての損害を賠償することに異議を申しません。

- 1 井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業務の参加申込書及びその他提出する書類全てについて、真実に基づいて作成します。
- 2 次のいずれの者にも該当しません。
 - (1) 地方自治法施行令第167条の4に定める者
 - (2) 本業務の公告日から参加申込受付締切日までの間において、井原市民病院及び井原市の指名除外又は指名留保を受けている者
 - (3) 会社更生法(平成14年法律第154号)に基づく更生手続開始の申立て又は民事再生法(平成11年法律第225号)に基づく再生手続開始の申立てがなされている者
 - (4) 井原市に納入すべき市税を滞納している者
- 3 本業務に参加するに当たっては、入札、契約及び業務実施等に係る関係法令及び諸規定を遵守し、誠実にこれを履行します。
- 4 本業務の入札及び契約に関して知り得た情報を機密情報として扱い、他の目的への使用、第三者への開示・漏洩をいたしません。
- 5 井原市個人情報保護条例については、制定の趣旨を尊重し遵守します。

整理番号

年 月 日

企 画 提 案 書

井原市立井原市民病院

病院事業管理者 齋藤 信也 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

担当者職氏名

TEL/FAX

E-mail

下記業務の受注を希望するので、関係書類を添えて提出します。

記

1 業 務 名

井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業務

2 提出書類

No	添 付 書 類	チェック欄
1	企画提案内容（任意様式）	
2	システム概要（任意様式）	
3	実施スケジュール（任意様式）	
4	実施体制（様式第6号）	
5	見積書（様式第7号）	
6		

※ 上記以外に提出する書類がある場合には、No. 6の欄に追加で記入してください。

なお、No. 1～3の書類は7部（正本1部＋副本6部）提出、それ以外の書類は1部提出のこと。

※ 添付書類には、必ずチェック欄にレ（チェック印）を記入の上、上記の順に綴じること。

年 月 日

会社名

実 施 体 制 計 画 書

井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業務に際しては、下記の体制により業務を受注し、実施します。

	担当者名	所属・役職	担当する業務の内容	備考 (同種または類似業務の経歴等)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

※枠が足りない場合は追加してください。

整理番号

年 月 日

井原市立井原市民病院

病院事業管理者 齋藤 信也 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

担当者職氏名

T E L / F A X

E - m a i l

見 積 書

井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業務について、下記のとおり見積ります。

記

人事評価制度改訂支援業務委託料（令和7年度）

件 名	数量	単 価	金 額
井原市立井原市民病院 人事評価制度改訂支援業	1 式		

（参考）ランニングコスト（令和8年度以降）

件 名	数量	単 価	金 額
①システム運用関連経費【年額】 （システム使用料、運用保守費用等）			
②制度移行支援関連経費【年額】 （研修費用、アドバイザー派遣業務等）			

備考

- ・記載された金額は、消費税及び地方消費税を含む金額とすること。
- ・金額の頭に「¥」の記号を付すること。
- ・それぞれの見積内訳書を添付すること。（任意様式で可）