

様式 1

参加表明書

令和 年 月 日

浜松赤十字病院

院長 俵原 敬 様

浜松赤十字病院駐車場管理運営業務委託公募型プロポーザルに参加することを表明します。

提出者

住所

事業所名

印

担 当 者 名

電話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス

受付年月日	受付番号	事務局受領 印	参加資格	参加承認番号
※	※	※	※ 有 ・ 無	※

注) ※印内は事務局にて記入するので記入しないこと。

様式 2

委 任 状

令和 年 月 日

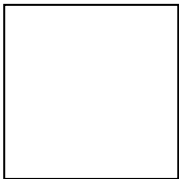
浜松赤十字病院
院長 俵原 敬 様

委任者
住 所
名 称
氏 名 ㊟

私は、下記のことを代理人として定め、貴院との間において、令和 7 年 7 月 16 日に行われる浜松赤十字病院駐車場管理運営業務委託公募型プロポーザルに関する下記は一切の権限を委任します。

記

- 1. 受任者
- 2. 委任事項
 - 1) プロポーザル及び見積りに関する件
 - 2) 契約の締結に関する件
- 3. 受任者（代理人）使用印鑑



様式 3

参加資格確認申請書

令和 年 月 日

浜松赤十字病院

院長 俵原 敬 様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

浜松赤十字病院駐車場管理運営業務委託公募型プロポーザルに公募したいので、会社概要書（様式 4 号）及び下記書類を添えて申し込みいたします。

なお、参加資格要件をすべて満たしていること、並びに本申請書及び添付書類への記載事項は事実と相違ないことを誓約いたします。

記

添付書類

- （１） 会社の沿革
- （２） 駐車場管理運営業務の受託実績書【様式 5 号】

以上

様式 4

会 社 概 要 書

フリガナ				
商号又は名称				
代表者職氏名				
所在地				
設立年月日				
資本金				
従業員数				
業務内容				
過去5年間の業務実績(同規模)5つまで記載	No.	病院名	病床数	駐車場管理方式
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	延件数： 件			

【担当者連絡先】

所在地			
担当部署名			
担当者職氏名			
電話番号		F A X	
E - m a i l			

駐車場管理運営業務の受託実績書

会社名 _____

駐車場管理運営業務受託状況（令和 年 月 日現在）

1. 主な受託先病院（許可病床数の多い順）

	病院名 (受託期間)	所在地 (市町村名)	許可病床数	駐車台数
1	(~)			
2	(~)			
3	(~)			
4	(~)			
5	(~)			

※上記に記載された病院との委託契約書の写しを添付してください。（契約当事者双方の
名称、委託期間、業務内容がわかる部分の抜粋で結構です。）

2. 全体の受託状況（上記病院を含む）

受託病院件数 全国 _____ 施設

受託病院の地域内訳 静岡県内 _____ 施設、その他地域 _____ 施設

赤十字病院受託件数 全国 _____ 施設

様式 6

企 画 提 案 書

令和 年 月 日

浜松赤十字病院

院長 俵原 敬 様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

浜松赤十字病院駐車場管理運営業務委託公募型プロポーザルについて、固定収益見積書（様式 7 号）を添えて企画提案書を提出いたします。

なお、企画提案書及び添付書類への記載事項は事実と相違ないことを誓約いたします。また、事業者として決定した場合は、この提案内容に基づき履行することを誓約いたします。

提 出 者

住 所

事 業 所 名

代 表 者 名

印

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス

様式 8

質 問 書

令和 年 月 日

浜松赤十字病院
院長 俵原 敬 様

所在地
電話番号
会社名
代表者職氏名
メールアドレス

印

質問事項

(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
(5)	

※質問事項が様式の範囲内で収まらない場合は、別紙を添付してもよいこととする。

様式 9

浜松赤十字病院駐車場管理運営業務提案辞退届

令和 年 月 日

浜松赤十字病院
院長 俵原 敬 様

令和 年 月 日付にて参加を申請した、浜松赤十字病院駐車場管理運営業務委託に係る企画提案については、下記の理由によりこれを辞退したく届け出ます。

所在地
電話番号
会社名
代表者職氏名
印

辞退理由

(「都合により」等のあいまいな表現は避け、具体的に記入してください。)