

様式1

## 参加資格審査申請書

年 月 日

米沢市病院事業管理者 あて

郵便番号 〒 ー

住所

(ふりがな)

商号又は名称

代表者職氏名

電話番号

E-mail

担当者氏名

FAX番号



担当者電話番号

米沢市立病院広告付き病院情報表示モニター設置運営事業公募型プロポーザルに参加したいので、指定の書類を添えて参加資格の審査を申請します。なお、この申請書及び添付書類の記載事項は、すべて事実と相違ないことを誓約します。

### 委任先

主たる営業所からその他の営業所に委任する場合は、委任先の所在地、代表者等を記載してください。

郵便番号	〒 ー		
住所又は所在地			
(ふりがな) 商号又は名称			
代表者職氏名			
電話番号		FAX番号	
E-mail			
担当者氏名		担当者電話番号	

## 経営状況調書

1 自己資本額（法人のみ記入のこと）

\_\_\_\_\_ 千円

2 経営年数及び経営比率（経営比率は法人のみ記入のこと）

経営年数	創 業	現組織への変更	営業年数（合計）
	年 月 日	年 月 日	年
経営比率	$\frac{\text{流動資産}}{\text{流動負債}} \times 100 = \text{ } \%$		

3 従業員数

技術職員数	事務・販売員職員数	営業・その他の職員数	合計（人）
（ ）	（ ）	（ ）	（ ）

※ 従業員は常時雇用されている者とし、この場合、法人にあつては常勤役員を、個人にあつては事業主を含む。委任先がある場合、委任先の各人数を（ ）書きの中に記入。

4 営業実績（売上高）

単位：千円

年度決算別 業務	直前2年度分決算	直前1年度分決算	年間平均売上高
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	
合 計			

※ 本事業に係る業務を特定でき、その業務の売上高を区分して計上できる場合は、その金額を記載してください。できない場合は、計上できる売上高を記載してください。





# 委 任 状

年 月 日

米沢市病院事業管理者 あて

住所又は所在地  
商号又は名称  
代 表 者 職氏名

⑩

私は、

を代理人と定め、

米沢市立病院を相手方とする一切の契約について下記の権限を委任します。

## 記

- 1 見積の件
- 2 契約の締結の件
- 3 契約代金の請求及び領収の件
- 4 復代理人選任の件
- 5 契約履行に関する一切の件
- 6 委任期間： 年 月 日～ 年 月 日

## 使用印鑑届

年 月 日

米沢市病院事業管理者 あて

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

下記の印鑑は、プロポーザルに参加し、契約の締結並びに代金の請求及び受領のために使用したいのでお届けします。

記

使用印



## 指名停止等措置状況調書

年 月 日

米沢市病院事業管理者 あて

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

米沢市以外の公共機関から指名停止、指名留保等の措置を受けているかどうか	措置を受けていない ・ 措置を受けている  (該当する方を○で囲んでください。)
上記措置を受けている場合は以下に記載してください。	
公共機関名	
措置期間	
措置理由	
その他	

(備考)

提出後、本契約締結日までの間に上記措置を受けたときは、速やかに必要事項を記載して再提出すること。

## 実 績 一 覧 表

令和5年4月1日現在

No.	病院名	病床数	履行（契約）年月日
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※ 令和5年4月1日時点において、許可病床が200床以上の病院の実績を3つ以上記載してください。

様式9

## 質 問 書

年 月 日

米沢市病院事業管理者 あて

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

米沢市立病院広告付き病院情報表示モニター設置運用事業公募型プロポーザルに  
関して次のとおり質問します。

該当箇所	質 問 内 容

※ 該当箇所には、資料名やページ、項目などがわかるよう記載してください。

※ 質問がない場合は、提出不要

様式10

辞 退 届

年 月 日

米沢市病院事業管理者 あて

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

米沢市立病院広告付き病院情報表示モニター設置運用事業公募型プロポーザルへの参加を辞退します。

（その他）

暴力団排除に関する誓約書

私 当社は、

- 1 下記のいずれにも該当しません。将来においても該当することのないことを誓約します。
- 2 下記の該当の有無を確認するために、米沢市から役員名簿等の提出を求められたときは速やかに提出します。また、当該役員名簿等が山形県米沢警察署に提供されることについて同意します。
- 3 暴力団の不当な要求には応じません。また、不当な要求を受けたときは、ただちに警察署へ通報するとともに、米沢市に報告します。
- 4 この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

- 役員等（個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは常時契約を締結する事務所の代表者をいう。以下同じ。）が、米沢市暴力団排除条例（以下「条例」という。）第2条第3号に規定する暴力団員等（以下「暴力団員等」という。）であること。
- 暴力団（条例第2条第1号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等が経営に実質的に関与していること。
- 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用するなどしていること。
- 役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金等を供給し、又は便宜を供与する等直接的若しくは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していること。
- 役員等が、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していること。

米沢市病院事業管理者 あて

年 月 日

住所又は所在地 \_\_\_\_\_

商号又は名称 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_