

(様式1)

令和 年 月 日

参加申込書

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 上田 裕一 様

住所
事業者名
代表者氏名
印

「奈良県立病院機構未収金回収業務に係る公募型プロポーザル実施要領」に基づき、参加申込書を提出します。

なお、実施要領「3 参加資格」をすべて満たしていることを誓約します。

(担当者連絡先)

所属 : _____

役職名 : _____

氏名 : _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

(様式2)

令和 年 月 日

質 問 票

住所
事業者名
代表者氏名

印

※箇条書きで、簡潔に記載すること。

(様式3)

令和 年 月 日

企 画 提 案 書

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 上田 裕一 様

住所
事業者名
代表者氏名
印

「奈良県立病院機構未収金回収業務 公募型プロポーザル実施要領」に基づき、企画提案書および必要書類を提出します。

(担当者連絡先)

所属 : _____

役職名 : _____

氏名 : _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

企 画 提 案

1. 業務実績

No.	病院の区分	所在 都道府県 市町村	契約期間	受託内容 (受託債権額・債権者数・ 年度末収納率)
1			年 月 日～ 年 月 日	受託債権額 千円 債権者数 人 年度末収納率 %
2			年 月 日～ 年 月 日	受託債権額 千円 債権者数 人 年度末収納率 %
3			年 月 日～ 年 月 日	受託債権額 千円 債権者数 人 年度末収納率 %
4			年 月 日～ 年 月 日	受託債権額 千円 債権者数 人 年度末収納率 %
5			年 月 日～ 年 月 日	受託債権額 千円 債権者数 人 年度末収納率 %

※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

注1 500床以上を有する病院において、平成28年4月1日以降に受託し、履行した代表的なものについて記載してください。

注2 「病院の区分」欄には、国立、都道府県立、市町村立、民間等の別を記載してください。

企 画 提 案

2. 業務実施について

業務実施方針

ア 基本方針

イ 業務の特色

ウ コンプライアンス体制

企 画 提 案

業務実施手法について

ア 回収方法の流れ

(実施手法及び実施スケジュール・債務者等からの入金方法及び各病院口座への送金方法)

イ 債務者等の状況把握の方法

ウ 回収率向上のための工夫や取り組み

エ 各病院との連携（連絡調整・各種報告）方法

企 画 提 案

3. 業務執行体制

業務執行体制

ア 業務実施予定人員

イ 業務分担内容

※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

企 画 提 案

4. 受託手数料率(見積書)

「奈良県立病院機構未収金回収業務 公募型プロポーザル実施要領」に基づき、受託手数料率を下記のとおり見積もります。

記

受託手数料：収納した金額 ×

_____ / 100

↑
受託手数料率

※ 50とした場合、徴収した金額の50%が受託手数料となります。
なお、上記には本業務にかかる全ての経費を含むものとします。
(消費税等も含む。)