様式１

**和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る**

**公募型プロポーザル参加申込書**

令和　　年　　月　　日

公立大学法人和歌山県立医科大学　理事長　様

　和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加します。

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

様式２

**誓　　約　　書**

令和　　年　　月　　日

公立大学法人和歌山県立医科大学　理事長　様

　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　代表者職氏名

　和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る公募型プロポーザルへの参加に当たり、下記の事項について真実に相違ありません。

　なお、これらの事項に反する事実が判明した場合は、参加資格の取消等いかなる処分をされても異議を申しません。

記

１　和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る公募型プロポーザル募集要項の「４　参加資格」の要件を満たしています。

２　提出書類に虚偽又は不正はありません。

３　企画提案書に記載した内容は誠実に実行します。

４　契約候補者に決定された場合、和歌山県立医科大学ホームページに委託先事業者名を掲載することに同意します。

様式３

**企　業　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| １　商号又は名称 |  |
| 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　経営業況等　（直近３事業年度） | 売上高 | 年度　　　　　　　百万円年度　　　　　　　百万円年度　　　　　　　百万円 |
| 営業利益 | 年度　　　　　　　百万円年度　　　　　　　百万円年度　　　　　　　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　　　　　　　百万円年度　　　　　　　百万円年度　　　　　　　百万円※損失がある場合は金額の前に△を記載すること。 |
| 自己資本率 | 年度　　　　　パーセント年度　　　　　パーセント年度　　　　　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 |

|  |
| --- |
| 9　役員一覧 |
| 役職名 | 氏名 | 生年月日 | 性別 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ姓 | ﾌﾘｶﾞﾅ名 | 元号 | 年 | 月 | 日 | 男性：M女性：F |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人（定める場合） |  |  |  |  |  |  |  |

※　法人事業者の場合は、その法人の登記事項証明書に登載されている役員（監査役・評議員等を含む。）全員と登記事項証明書に登載されていなくてもそれに準ずる方がいる場合は、その方についても記入してください。

※　個人事業者の場合は、代表者本人について記入してください。

※　代理人（支店長等）を定める場合、代理人の欄に記入してください。

※　「元号」は、次のように記載してください。大正：T　昭和：S　平成：H　令和：R

※　記載しきれない場合は、行を追加して作成してください。

※　この項目は、役員等が暴力団等に該当しないことを確認するために利用し、それ以外の目的に利用又は提供することはありません。

|  |
| --- |
| 10　契約実績 |
| １ | 施設名称 | 業務期間 | 新規治験受託数 |
|  | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 件／年 |
| 受託内容（該当するものに〇を記入） |
| 治験事務局 | 治験審査委員会事務局 | その他（具体的に記入） |
|  |  |  |
| ２ | 施設名称 | 業務期間 | 新規治験受託数 |
|  | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 件／年 |
| 受託内容（該当するものに〇を記入） |
| 治験事務局 | 治験審査委員会事務局 | その他（具体的に記入） |
|  |  |  |
| ３ | 施設名称 | 業務期間 | 新規治験受託数 |
|  | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 件／年 |
| 受託内容（該当するものに〇を記入） |
| 治験事務局 | 治験審査委員会事務局 | その他（具体的に記入） |
|  |  |  |
| ４ | 施設名称 | 業務期間 | 新規治験受託数 |
|  | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 件／年 |
| 受託内容（該当するものに〇を記入） |
| 治験事務局 | 治験審査委員会事務局 | その他（具体的に記入） |
|  |  |  |
| ５ | 施設名称 | 業務期間 | 新規治験受託数 |
|  | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 件／年 |
| 受託内容（該当するものに〇を記入） |
| 治験事務局 | 治験審査委員会事務局 | その他（具体的に記入） |
|  |  |  |

※国公立大学の附属病院又はそれと同等の国公立の病院における実績を、国公立大学病院を優先して最大５施設まで入力すること。

※業務期間について、プロポーザル参加申込時点で継続中のものは終了年月日を記入せず「継続中」と記載すること。

様式４

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

公立大学法人和歌山県立医科大学　理事長　様

住所

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る公募型プロポーザルについて、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

※　記載しきれない場合は複数枚作成してください。

　　　　　　　　　　　　　　（担当者）　住　　所

部　　署

氏　　名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式５

**和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る**

**公募型プロポーザル参加辞退届出書**

令和　　年　　月　　日

公立大学法人和歌山県立医科大学　理事長　様

住所

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加と申し込みしましたが、下記の理由により参加を辞退します。

記

【参加辞退理由】

　　　　　　　　　　　　　　（担当者）　住　　所

部　　署

氏　　名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式６

**和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る企画提案書**

　令和　　年　　月　　日

公立大学法人和歌山県立医科大学　理事長　様

　　　　　　　参加申込者

　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　担当者　　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　F　A　X

和歌山県立医科大学附属病院治験事務局業務委託先事業者選定に係る企画提案書を本書のとおり提出します。

1. 業務体制　　※図やイラスト等を用いた説明可。

|  |
| --- |
|  |

２．業務責任者・従事者の能力

|  |
| --- |
|  |

３．研修システム

|  |
| --- |
|  |

４．業務費用（消費税込み）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費用の種類 | 費用の名称、説明 | 単価（円） |
| 契約毎に算定する経費（１試験での単価） | 例：事前準備費用 |  |
|  |  |
| 月単価で算定する経費（１か月当たりの単価） | 例：治験事務局運営費用 |  |
|  |  |
| その他、変動経費 | 例：監査対応費用 |  |
| 例：交通費 |  |

　※項目が複数ある場合は、適宜増やして記載してください。

５．治験推進の取組

|  |
| --- |
|  |

６．その他

（１）その他の提案

|  |
| --- |
|  |

（２）アピールポイント

|  |
| --- |
|  |