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

囙

「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)
	'H X±\nq /L/

所属	:	
役職名	:	
<u> </u>	•	
FF 4		
氏名	<u> </u>	
電話番号	:	
EAV采用		
FAX番号	<u>:</u>	
メールアドレ	'ス:	

(様:	4	ŋ)
1	1X.	LV.	4	1

令和 年 月 日

質 問 票

住所 事業者名 代表者氏名

印

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

囙

「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	₹:	

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 年度末収納率	
				年	月	日~	受託債権額	千円
1					, •	,	債権者数	人
				年	月	日	年度末収納率	%
				年	月	日~	受託債権額	千円
2							債権者数	人
			年	#	月	日	年度末収納率	%
				年	п	П.	受託債権額	千円
3				·	月	日~	債権者数	人
				年	月	日	年度末収納率	%
				F	П	П	受託債権額	千円
4				年	月	日~	債権者数	人
				年	月	日	年度末収納率	%
				F	н	П	受託債権額	千円
5				年	月	日~	債権者数	人
				年	月	日	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。

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

※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

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	

3. 業務執行体制

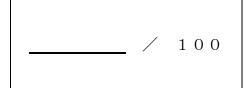
※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

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 ×



↑ 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。)