（様式１）

単独法人用

**応募申込書**

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　西宮市長　　　　　　　　　 様

西宮市 病院事業管理者　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　住所・所在

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

法人代表者名

（法人の担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（法人の担当者所属　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　（電子メール ）

令和7年10月1日付けで公募された、西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルについて、実施要項に定める諸条件を遵守し、応募します。

※印影が分かるように印鑑登録印を押印してください。

※担当者の方の電話番号、電子メールアドレスを記入してください。

(様式１－２)

共同事業体用

**応募申込書**

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　西宮市長　　　　　　　　　様

西宮市　病院事業管理者　　様

　　　　　　　　代表構成員　　住所・所在

（受任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

法人代表者名

（法人の担当者氏名　 　　　　　　　　　　　　　 　）

（法人の担当者所属　　　 　　　　　　　　　　　　 ）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電子メール　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和7年10月1日付けで公募された、西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザル（以下「当該プロポーザル」という。）に際し、実施要項に定める諸条件を遵守し、応募します。

また、次の構成員は、西宮市との間における下記の委任事項に関する権限を代表構成員に委任します。

【共同事業体構成員（代表構成員を除く）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 構成員  (委任者) | 住所・所在 |  |
| 法人名  代表者名 |  |
| 構成員  (委任者) | 住所・所在 |  |
| 法人名  代表者名 |  |
| 構成員  (委任者) | 住所・所在 |  |
| 法人名  代表者名 |  |
| 構成員  (委任者) | 住所・所在 |  |
| 法人名  代表者名 |  |
| 委任事項 | 応募の日から本契約締結の日までの間における、当該プロポーザルに係る一切の権限 | |

※印影が分かるように印鑑登録印を押印してください。

※担当者の方の電話番号、電子メールアドレスを記入してください。

※構成員欄が足りない場合は、記入欄を増やすかもしくは本書を複写してください。

(様式２)

**誓　約　書**

令和7年10月1日付けで公募された、西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルに応募するにあたり、下記の事項について誓約します。

記

１　西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザル実施要項（以下「実施要項」という。）に定める応募者の資格要件を満たしており、応募にかかる提出書類のすべての事項は、事実と相違ありません。なお、虚偽の記載事項があった場合は、いかなる処分を受けても一切異議を申し立てません。

２　応募に際し、実施要項他、関係書類に記載の内容をすべて承知しております。

３　選定結果に関し、西宮市のホームページ等にその内容が掲載されることに異議はありません。

令和　　年　　月　　日

西宮市長　　　　　　　　　 様

西宮市 病院事業管理者　　　様

住所・所在

法人名

法人代表者名

※共同事業体の場合、本様式は代表構成員及びその他の構成員の全てについてそれぞれ１枚ずつ作成してください。

(様式３)

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

住所・所在

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

（法人の担当者氏名　　　　　　　　　　　　）

（法人の担当者所属　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電子メール　　　　　　　　　　　　　　　）

令和7年10月1日付けで告示された西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| **実施要項・様式の該当箇所** | **質問内容** |
| (記載例)  要項　○○頁 |  |
|  |  |

※応募者（共同企業体の場合は代表構成員）の住所・所在、法人名を記入してください。

※担当者の方の電話番号、電子メールアドレスを記入してください。

※記入欄が足りない場合は、記入欄を増やすかもしくは本書を複写してください。

（様式４）

**現地見学会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　西宮市長　　　　　　　　　様

西宮市　病院事業管理者　　様

当法人は、西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルに係る現地見学会への参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 住所・所在  法人名  法人代表者名 |
| 参加人数 |  |
| 担当者 | 氏名：  所属：  電話番号：  電子メール： |

※１応募者あたりの参加者数は３名までとする。

※本申込書に所要の事項を記入し、令和7年11月28日（金）午後5時までに、実施要項記載の宛先に、電子メール（添付ファイル）により提出すること。

(様式６)

**応募辞退届**

令和　　年　　月　　日

住所・所在

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

（法人の担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　）

（法人の担当者所属　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電子メール 　 　 ）

令和7年10月1日付けで告示された西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルについて、下記の理由により辞退します。

|  |
| --- |
| **辞退理由** |
|  |

※応募者（共同企業体の場合は代表構成員）の住所・所在、法人名を記入してください。

※担当者の方の電話番号、電子メールアドレスを記入してください。

※記入欄が足りない場合は、記入欄を増やすかもしくは本書を複写してください。

（様式８）

**資料貸与申請書**

　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 担当者 | 所属部署 |  | 役職名 |  |
| 担当者名 |  | | |
| E-mail |  | | |
| Tel |  | | |

西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルへの応募を検討するにあたり、下記資料の貸与を受けたいので申請します。

なお、当該資料の情報については、下記の目的においてのみ使用することとし、他の目的には使用しないことを誓約します。

記

**１．貸与資料**

・西宮市立中央病院に係る竣工図、図面、検査済証など

・西宮市立中央病院に係る調査業務報告書など

※貸与資料についてはPDF形式の資料をメールで送付し、貸与します。

**２．貸与目的**

　　西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルに係る検討のため

**３．貸与期限**

　　提案書類の提出まで（辞退する場合は応募辞退届の提出まで）

以　上

※以下の欄は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与年月日 | 貸与確認者 |
| 令和　年　　月　　日 |  |

（様式９）

価格提案書

令和　　　年　　　月　　　日

西宮市長　　　　　　　　　様

西宮市　病院事業管理者　　様

住所・所在

法人名

法人代表者名 　　　 　　　　　 　　　　　　㊞

（法人の担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（法人の担当者所属　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（メール ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提案価格 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

＜内訳＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 土地価格 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 建物価格  （税抜） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

令和7年10月1日付で告示された西宮市立中央病院跡地活用事業に係る公募型プロポーザルの実施について、記載された内容をすべて承諾のうえ上記のとおり提案金額とします。

※税抜価格を記入してください。本物件に関して、解体工事を予定している場合は、建物価格を「０」としてください。

※土地価格と建物価格を記載するとともに、土地価格と建物価格を合計した価格を提案金額として記載してください。

※金額はアラビア数字で明確に記入し，金額の頭書に「￥」を必ず記入してください。

※金額を書き損じたときは，再度作成してください。

※印影が分かるように印鑑登録印を押印してください。