参加意思表明書

様式１－１

令和　　年　　月　　日

山形県病院事業管理者　阿彦　忠之　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　山形県立病院個人医業未収金回収収納業務委託に関する公募型プロポーザル募集要領の定めるところにより、山形県立病院個人医業未収金回収収納業務委託に関する公募型プロポーザルに参加の意思を表明します。

　なお、参加資格要件につきましては、次のとおり、事実に相違ないことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加資格要件 | | 適否 |
| （１） | ア　弁護士法（昭和24年法律第205号）第４条に規定する弁護士、又は同法第30条第２項に規定する弁護士法人であること。 |  |
| イ　司法書士法（昭和25年法律第197号）第４条に規定する司法書士のうち、同法第３条第２項に規定する司法書士、又は同法第26条に規定する司法書士法人で同法第29条第２項に規定する司法書士法人であること。 |  |
| （２） | ア　国・地方公共団体等における債権回収業務の受託実績があること。 |  |
| イ　医療機関における未収金回収業務の受託実績があること。 |  |
| （３）  ～  （８） | 参加資格の（３）～（８）のすべての要件を満たすこと。 |  |

※　参加資格要件のうち該当する箇所の「適否」欄に○印を記入すること。

担当部局等

　担当部署　　　　　　　　　担当者氏名

　所在地

　電話　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　E-mail