

様式第1号

参 加 申 込 書

平成 年 月 日

函館市公営企業管理者
病院局長 井上 芳郎 様

(業務名) クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付に係る業務

標記業務に係る指定代理納付者の選定に係る提案書の公募に参加したいので、参加申込書を提出します。

なお、提出者はクレジットカード納付導入に伴う指定代理納付者の選定に係る実施要領に記載する参加資格要件を全て満たすものです。

【 提出者 】

住 所 _____

商号又は名称 _____

代表者氏名 _____ 印

【 担当者 】

所 属 _____

担当者名 _____

電 話 _____

FAX _____

様式 2 号

① 会社概要			
商号又は名称			
代表者氏名			
設立年月日			
経歴・沿革			
資本金			
従業員数 (H20.4.1 現在)	役員		名
	正社員		名
	パート・アルバイト等		名
本店所在地			
カード会員数			
業務内容			
②	対象病院名	契約期間	備考
クレジット納付に おける 200 床以上の 病院契約実績 ※別添一覧でも可			
③ コンプライアンス体制について記入してください。			

様式第3号

提 案 書

平成 年 月 日

函館市公営企業管理者
病院局長 井上 芳郎 様

(業務名) クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付に係る業務

標記業務について、提案書および添付書類を提出します。
なお、記載内容は真実に相違ありません。

【 提出者 】

住 所 _____

商号又は名称 _____

代表者氏名 _____ 印

電 話 _____

様式4号

① 加盟店業務取扱カード種類及び加盟店手数料率		
カード種類	取扱可否 (※1)	加盟店手数料率 (※2)
VISA		%
MasterCard		%
JCB		%
AMEX		%
その他 ()		%
その他 ()		%
※1 取扱い可能… ○ 取扱い不可能… ×記入 (発行カードの決済業務の可否) ※2 加盟店手数料率は、税抜で		
② 取扱可能な支払い方法等を記入してください。 ・入金時期及び方法 (締め日及び入金日, 入金情報の通知等) ・患者様が可能な支払方法 (1回払い・分割払い・リボ払い等)		
③ 契約から導入までのスケジュールを記入してください。		

様式4号

<p>④ 導入時のサポート体制及び費用負担について記入してください。</p>
<p>⑤ 導入後のサポート体制及び費用負担について記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none">・導入後におけるハード故障，障害時のサポート体制および費用負担等
<p>⑥ カード処理端末機等導入及び案内板等について記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none">・端末機，付属品，ロール紙等の消耗品等の費用負担等・案内板の作成と費用負担等

様式4号

⑦ 情報セキュリティ及び個人情報保護の取扱いについて記入してください。

⑧ その他提案事項

． 独自のサービスやその他提案事項がありましたら記入してください。