年　　月　　日

公募型指名競争入札参加意向申出書（別紙）

横浜市契約事務受任者

業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 契約番号 | 件　　　名 |
| １ | － | 令和５年度新型コロナウイルス感染症自宅療養者等に対する夜間・休日医療支援委託 |

本件業務を実施するにあたり、次の(1)から(4)の体制の有無について、いずれかに〇をつけてください。また、「体制あり」に〇がある場合、そのことが確認できる資料を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 体制あり | 体制なし |
| (1) 24時間連絡可能である |  |  |
| (2) 夜間休日に医師による訪問診療を実施できる |  |  |
| (3) 酸素投与、点滴、薬の処方（配送含む）等の必要な処置を行える |  |  |
| (4) 横浜市全域を対象としている |  |  |