様式1

公益社団法人新潟県薬剤師会ＷＥＢサイトリニューアル業務に係る

企画提案・プレゼンテーション参加申込書

令和５年　　月　　日

公益社団法人新潟県薬剤師会　行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　所

 　会 社 名

 代表者名

 　 　　　Tel：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Fax：

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail:

（公益社団法人新潟県薬剤師会からの通知先アドレスを記載）

　企画提案及びプレゼンテーションについて参加を申し込みます。

参加予定者職氏名

※プレゼンテーションへの参加は１社につき４名までとします。

※提出期限：令和５年７月25日（火）午後５時まで

提出先：　gyoumu@niiyaku.or.jp

様式２

公益社団法人新潟県薬剤師会　行

提出先：　gyoumu@niiyaku.or.jp

公益社団法人新潟県薬剤師会

ＷＥＢサイトリニューアル業務に係る企画提案・プレゼンテーション

質問書

　　　　令和５年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会　社　名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連　絡　先 | Tel:　　　　　　　　　　　　 |
| 電子メールアドレス（公益社団法人新潟県薬剤師会からの通知先アドレスを記載） |
| （質問事項） |

※提出期限：令和５年７月25日（火）午後５時まで

様式３

公益社団法人新潟県薬剤師会ＷＥＢサイトリニューアル業務に係る

企画提案・プレゼンテーション参加辞退届

令和５年　　月　　日

公益社団法人新潟県薬剤師会　行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　所

 　会 社 名

 代表者名

 　 　　　Tel：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Fax：

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail:

令和５年　　月　日付で申し込みました標記について、参加を辞退いたします。

辞退期限：令和５年８月９日（水）午後５時

提出先：　gyoumu@niiyaku.or.jp

様式４

公益社団法人新潟県薬剤師会ＷＥＢサイトリニューアル業務に係る

企画提案・プレゼンテーション見積額確認書

令和５年　　月　　日

公益社団法人新潟県薬剤師会　行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 会 社 名

 代表者名

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 区分 | 見積額（税込） | 備考 |
| 必須 | WEBサイトリニューアルに係る費用 |  | 円 |  |
| 自由提案 | 令和6年度以降の保守・管理に係る費用（年額） |  | 円 |  |
| その他の提案に係る費用※複数の提案がある場合は合計額を記入 |  | 円 |  |