小田原市新病院開院支援業務公募型プロポーザル

様式集

様式集一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式 | 提出書類 | 備考 |
| 様式１ | 質問書 |  |
| 様式２ | 参加表明書 |  |
| 様式３ | 会社概要 |  |
| 様式４ | 実績等調書 |  |
| 様式５ | 統括責任者の実績等調書 |  |
| 様式６ | 主任担当者の実績等調書 |  |
| 様式７ | 企画提案書提出届 |  |
| 様式８－１ | 企画提案書（業務実施方針） |  |
| 様式８―２ | 企画提案書（手法） |  |
| 様式９ | 提案見積書 |  |

(様式１)

令和　　年　　月　　日

**質問書**

小田原市病院事業管理者　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

「小田原市新病院開院支援業務」に係る実施要領等について、下記のとおり、質問を提出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者 | |
| 会社名 |  |
| 所属 |  |
| （ふりがな）  担当者名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 資料名称 | ページ | 表題 | 質問内容 |
| 例 | 実施要領 | 〇 | 〇〇 | （簡潔に記載すること） |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 質問は１問ずつ記載すること。
* 行が不足する場合は、適宜追加すること。

(様式２)

令和　　年　　月　　日

**参加表明書**

小田原市病院事業管理者　様

（代表者）　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

令和４年３月２５日付けで手続きの公表があった、小田原市新病院開院支援業務委託事業者選定プロポーザルについて、参加の意思を表明します。

ついては、実施要領に規定する参加者の要件を全て満たしていることを誓約し、相違があった場合は、参加資格を取り消されても異議を申し立てません。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者 | |
| 会社名 |  |
| 所属 |  |
| （ふりがな）  担当者名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

発注者記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受領確認書 | 受付番号 | 受付印 |
| あなたの参加表明書は、 右記の受付番号で受領しました。 |  |  |

(様式３)

令和　　年　　月　　日

**会社概要**

　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 会社設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 事業所数 |  | |
| 株式上場の有無 |  | |
| 社員数 |  | |
| 病院、設計施工者、医療情報システムベンター等との調整の際、有効と思われる資格名称及び配置できる人数 | 資格名称 | 人数 |
| ア　一般社団法人日本医療情報学会が認定する医療情報技師 |  |
| イ　一級建築士 |  |
| ウ　診療放射線技師又は臨床検査技師 |  |
| エ　その他（　　　　　　　　　　　　） |  |
| その他（沿革・経歴等の概略） |  | |

※ 企業の概要が示されている既存のリーフレット等がある場合は添付してください。

（様式４）

所在地

商号または名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

**実績等調書**

（300床以上の病院の新築に係る開院支援業務の実績）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名  （発注者） | | 病床数 | 受託内容(該当業務欄に**〇**) | | | | | | 受託期間 |
| 医療  機器  受付番号： | 医療  情報  受付番号： | 物流  管理  受付番号： | 外部  委託  受付番号： | 運営  受付番号： | 移転  受付番号： |
| １ |  | 床 |  |  |  |  |  |  | 年　月  ～  年　月 |
| ２ |  | 床 |  |  |  |  |  |  | 年　月  ～  年　月 |
| ３ |  | 床 |  |  |  |  |  |  | 年　月  ～  年　月 |

* 契約書の写し等内容を確認できる書類を添付すること。
* 同一病院の場合は、1件にまとめて記入すること。
* 最大３件まで記入すること。
* 必要に応じて行を追加すること。（例　同種業務に掲げる全ての業務を一括受注でなく、各業務を元請として受託した実績を積み上げて同種業務１件とする場合など）

（様式５）

**統括責任者の実績等調書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・年齢 |  |
| 経歴等 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 資格等 |  |
| 業務実績一覧  同種業務について３件を上限に記載すること。 | １  業務名  当該業務の内容に**〇**（医療機器・医療情報・物流管理・外部委託・運営・移転） |
| ２  業務名  当該業務の内容に**〇**（医療機器・医療情報・物流管理・外部委託・運営・移転） |
| ３  業務名  当該業務の内容に**〇**（医療機器・医療情報・物流管理・外部委託・運営・移転） |

* 提案参加者の組織に所属している者である証明書類（社員証の写し等）を添付すること。
* 実績を証明する書類（契約書の写し及び体制表等）を添付すること。
* ~~必要に応じて行を追加すること。~~~~（例　同種業務に掲げる全ての業務を、一括でなく、各業務を受注した実績を積み上げて同種業務１件とする場合など）~~

（様式６）

**主任担当者の実績等調書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分担業務分野 | **医療機器**  **什器備品**  **整備支援** | **医療情報**  **システム**  **整備支援** | **物流管理**  **システム**  **整備支援** | **外部委託化支援** | **運営・開院準備支援** | **移転業務**  **支援** |
| 氏名・年齢 |  | | | | | |
| 経歴等 |  | | | | | |
| 業務経験年数 |  | | | | | |
| 資格等 |  | | | | | |
| 業務実績一覧  主任する業務の実績について３件を上限に記載すること。 | １  業務名  当該業務の内容に**〇**（医療機器・医療情報・物流管理・外部委託・運営・移転） | | | | | |
| ２  業務名  当該業務の内容に**〇**（医療機器・医療情報・物流管理・外部委託・運営・移転） | | | | | |
| ３  業務名  当該業務の内容に**〇**（医療機器・医療情報・物流管理・外部委託・運営・移転） | | | | | |

* 主任担当者の共通様式なので、分担業務分野に〇印を付けること。
* 他の分担業務分野の主任担当者を兼ねる場合はそれぞれ１枚作成すること。
* 提案参加者の組織に所属している者である証明書類（社員証の写し等）を添付すること。
* 実績を証明する書類（契約書の写し及び体制表等）を添付すること。

（様式７）

受付番号：

**企画提案書提出届**

小田原市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　（代表者）　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

「小田原市新病院開院支援業務公募型プロポーザル実施要領」に基づき、下記資料を提出いたします。なお、提出書類の記載事項については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

１　　企画提案書（様式８―１、様式８－２）

以上

* 右上の受付番号欄に、受付番号を記入すること。

（様式８―１）

受付番号：

|  |
| --- |
| 評価項目：業務実施方針（取組体制・担当チームの特徴等） |
| * 会社名、ロゴマーク等、提案参加者を特定できる表現は記載しないこと。 * **A3横**片面**１枚**以内で記載すること。 * 文字サイズは図表中を除き、10.5ポイント以上とすること。 * 枠外右上の受付番号欄に、受付番号を記入すること。 |

（様式８―２）

受付番号：

|  |
| --- |
| 評価項目：手法（評価テーマに対する企画提案） |
| * 会社名、ロゴマーク等、提案参加者を特定できる表現は記載しないこと。 * **A3横**片面**３枚**以内で記載すること。 * 文字サイズは図表中を除き、10.5ポイント以上とすること。 * 枠外右上の受付番号欄に、受付番号を記入すること。 |

（様式９）

受付番号：

**提案見積書**

小田原市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

「小田原市新病院開院支援業務公募型プロポーザル実施要領に定められた事項を承諾の上、下記の金額により提案見積書を提出いたします。

業務名　　小田原市新病院開院支援業務委託

見積金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　金額の左端は￥で締めること。

※　金額欄には、消費税及び地方消費税相当額を除いた額を記入すること。

内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 数量 | 金額 | 備考 |
| １　医療機器・什器・備品整備支援 | １式 |  |  |
| ２　医療情報システム整備支援 | １式 |  |  |
| ３　物流管理システム整備支援 | １式 |  |  |
| ４　外部委託化支援 | １式 |  |  |
| ５　運営・開院準備支援 | １式 |  |  |
| ６　移転業務支援 | １式 |  |  |
| 合計（業務価格） |  |  | 見積金額 |