

(様式1)

参加申込書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

次のとおり参加を申し込みます。

- | | | |
|---|------|--|
| 1 | 業務名 | 小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務 |
| 2 | 添付資料 | 誓約書（様式2）
会社概要調書（様式3）
運営実績書（様式4）
小田原市暴力団排除条例に係る誓約書（様式5）
役員等名簿（様式6）
納税証明書
印鑑証明書
履歴事項全部証明書 |

【連絡担当者】

所属・職名

氏名

電話番号

FAX 番号

E-mail

以上

(様式2)

誓約書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務に関する公募型プロポーザルに参加するに当たり、実施要領の「5 参加資格要件」に記載されている要件を全て満たしていることを誓約します。

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

⑨

以上

(様式3)

会社概要調書

商号又は名称			
代表者名			
所在地			
設立			
資本金	百万円	自己資本比率	%
売上高	(過去5年の中央材料室及び手術室滅菌業務に関する売上高を年度毎に記入してください。)		
従業員数	人		
有資格者数	滅菌管理士	人	
	第二種滅菌技士	人	
	普通第一種圧力容器取扱作業主任者	人	
	その他 ()	人	
認定状況 ※該当箇所に○ ※認定証を添付 すること。	医療関連サービスマーク(院内滅菌消毒)認定	有	無
主な事業			

※直近の損益計算書、貸借対照表、キャッシュフロー計算書を添付すること。

※パンフレット等がある場合は添付すること。

(様式4)

運営実績書

(頁 / 頁)

商号または名称	
---------	--

業務名	発注者	契約金額 (税込)	契約期間	病床数、延床面積	業務概要 ※新規立上げの有無
		千円	年 月 ～ 年 月	床 ㎡	
		千円	年 月 ～ 年 月	床 ㎡	
		千円	年 月 ～ 年 月	床 ㎡	
		千円	年 月 ～ 年 月	床 ㎡	
		千円	年 月 ～ 年 月	床 ㎡	

※平成 27 年度から令和 6 年度末までにおける同種業務の実績（3 年連続して契約を満了した実績）について、国、地方公共団体（独立行政法人及び地方独立行政法人を含む。）との契約を優先して、全て記載すること。また、記載された内容のわかる箇所について契約書等の写しを提出すること。記載欄が不足する場合は、適宜、追加すること。

(様式5)

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

小田原市暴力団排除条例に係る誓約書

小田原市病院事業管理者が行う小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務公募型プロポーザルへの参加に当たり、次の事項について誓約します。

- 1 誓約者（法人の場合、法人及び役員）は、次の各号に掲げる者には該当しません。
 - (1) 小田原市暴力団排除条例（平成23年小田原市条例第29号。以下「市条例」という。）第2条第2号に定める暴力団
 - (2) 市条例第2条第3号に定める暴力団員
 - (3) 市条例第2条第4号に定める暴力団員等
 - (4) 市条例第2条第5号に定める暴力団経営支配法人等
 - (5) 暴力団員等と密接な関係を有すると認められる者（法人その他の団体にあっては、その役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいう。）が暴力団員等と密接な関係を有すると認められるものをいう。）
 - (6) 神奈川県暴力団排除条例第23条第1項又は第2項に違反している事実がある者
- 2 上記1に該当する者でないことを確認するため、小田原市病院事業管理者から氏名（法人の場合は役員）、住所、生年月日、性別等の情報提供を求められたときには、それらの情報を証明する公的書類（住民票等）を添付の上、速やかに書面により提出します。また、小田原市病院事業管理者がそれらの情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

㊞

以上

(様式6)

役 員 等 名 簿

番号	商号又は名称（半ｶﾅ）	商号又は名称（漢字）	氏名（半ｶﾅ）	氏名（漢字）	職 名	生年月日				性別 (M・F)	住 所
						元号 MTSH	年	月	日		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

現在における（ 私 ・ 当法人（団体） ）の役員等名簿に相違ありません。

令和 年 月 日

住所（法人その他の団体にあっては主たる事務所の所在地）	
氏名（法人その他の団体にあっては名称及び代表者の氏名）	

役員等名簿には、小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務公募型プロポーザルに参加しようとする者が

- ・個人である場合は本人を記載すること。
- ・法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準じる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。）を記載すること。
ただし、当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者については、本プロポーザルへの参加に関する権限又は執行に関する契約を締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。
- ・「商号又は名称（漢字）」及び「氏名（漢字）」は、それぞれアルファベット又はカタカナを使用しているときは、カタカナで記入してください。

(様式6 記入例)

役員等名簿

番号	商号又は名称（半ｶﾅ）	商号又は名称（漢字）	氏名（半ｶﾅ）	氏名（漢字）	職 名	生年月日				性別 (M・F)	住 所
						元号 MTSH	年	月	日		
1	ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼﾔｶﾞﾗｼ	株式会社小田原市	ｵﾀﾞﾜﾗ ﾕﾒﾐﾙ	小田原 梅丸	代表取締役社長	S	35	1	6	M	神奈川県小田原市荻窪〇〇
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

現在における（私・当法人（団体））の役員等名簿に相違ありません。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所（法人その他の団体にあっては主たる事務所の所在地）	神奈川県小田原市久野〇〇
氏名（法人その他の団体にあっては名称及び代表者の氏名）	株式会社小田原市 代表取締役 小田原 梅丸

役員等名簿には、小田原市立病院新病患者給食調理業務公募型プロポーザルに参加しようとする者が

- ・個人である場合は本人を記載すること。
- ・法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準じる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。）を記載すること。
- ただし、当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者については、本プロポーザルへの参加に関する権限又は執行に関する契約を締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。
- ・「商号又は名称（漢字）」及び「氏名（漢字）」は、それぞれアルファベット又はカタカナを使用しているときは、カタカナで記入してください。

(様式7)

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

質疑書

商号又は名称

連絡担当者氏名

電話番号

小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務に関する公募型プロポーザルについて、以下のとおり質問します。

	該当箇所	質問内容（簡潔に記入すること）
1		
2		
3		
4		
5		

※該当箇所欄は、質問の対象となる書類（実施要領・仕様書等）、ページ、項目などを記入のこと。

※記載欄が不足する場合は、適宜、追加の上記載すること。

※提出はE-mail又は郵送若しくは持参とし、持参以外の方法で提出した場合は当院が受け取ったことを確認するため電話で連絡すること。

(様式8)

参加辞退届

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

⑨

年 月 日付で申込みしていた小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務公募型プロポーザルへの参加を辞退いたします。

(様式9)

企画提案提出書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

⑨

小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務公募型プロポーザルについて、企画提案書を提出します。なお、本企画提案書の提出に当たっては、虚偽の事実がないこと、優先交渉権者に選定された場合は、本企画提案書の内容に基づき協議を行うこと、契約がなされたときは、履行保証することを確約します。

【連絡担当者】

所属・職名

氏名

電話番号

FAX 番号

E-mail

(様式 10)

業務責任者等調書

区分	業務責任者				副責任者	
氏名		年齢	才	実務 経験年数	年	
資格等						
業務管理 実績	病院名（病床数）	（ 床）				
	従事期間	年 月～ 年 月				
	病院名（病床数）	（ 床）				
	従事期間	年 月～ 年 月				
	病院名（病床数）	（ 床）				
	従事期間	年 月～ 年 月				
立上業務 実績	病院名（病床数）	（ 床）				
	従事期間	年 月～ 年 月				
	病院名（病床数）	（ 床）				
	従事期間	年 月～ 年 月				
	病院名（病床数）	（ 床）				
	従事期間	年 月～ 年 月				

※資格の保有状況を確認できる書類を添付すること。

※業務責任者と副責任者の調書をそれぞれ作成すること。

※実績は、業務責任者又は副責任者としての実績を記載すること。

※「資格等」の項で、資格がないときは、なしと記入すること。

(様式 11)

提案見積書

令和 年 月 日

小田原市病院事業管理者 様

小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌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。

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

⑨

業務名 小田原市立病院新病院中央材料室及び手術室滅菌業務

見積合計金額

	億	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。

年度内訳金額

		億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
令和 8 年度										
令和 9 年度										
令和 10 年度										
令和 11 年度										

労務に係る内訳金額

のべ人工数		人工
労務費（＝ 労務単価 × のべ人工数）		円
見積合計金額に占める上記金額の割合		%

※のべ人工数は、1 人 8 時間（休憩時間除く）の勤務を 1 人工とし、のべ数とする。

※労務単価の定義は、基本給相当額、基準内手当、法定福利費（個人負担分）など国土交通省の
公共工事設計労務単価に準じる。

※割合は、小数点第 2 位以下四捨五入とする。