【様式１】

プロポーザル参加申込書

業務名：市立豊中病院特定行為研修導入支援業務

　　年　　月　　日

豊中市病院事業管理者宛

所　在　地

　 　商号または名称

代表者職氏名

　標記事業に係る事業者選定プロポーザルへ参加するため、提出書類を添えて申し込みます。

　また、実施要領を熟読の上、内容を確認しました。参加資格を満たし、かつ提出書類等に虚偽がないことを誓約します。当該制約に違反があった場合には、一方的に審査手続きから除外されても異議ありません。

【問い合わせ先】

担当者 ：

部署 ：

住所 ：

電話番号 ：

FAX番号 ：

E-mail ：

【様式２】

会　社　の　概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 | 正規社員 |  　人 |
| 契約社員 |  人 |
| パート・アルバイト等 |  人 |
| 業務概要 |  |

* 提出書類（直近３年分）
1. 貸借対照表
2. 損益計算書

【様式３】

事業実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 会　社　名 |  |

同種の特定行為研修導入支援業務の実績について、次のとおり資料を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事業名 |  |
| 施設名　　所在地 |  |  |
| 病床数 | 　　　床　　　　　 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ２ | 事業名 |  |
| 施設名　所在地 |   |  |
| 病床数 | 　　　　　　 　　　　　　　　　　　　床 |
| 事 業 期 間 | 　 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ３ | 事業名 |  |
| 施設名　　所在地 |  |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床　　　　 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| ４ | 事業名 |  |
| 施設名　　所在地 |  |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床　　　　 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 5 | 事業名 |  |
| 施設名　　所在地 |  |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |

※　上記に記載された施設との契約書の写しを添付してください。（契約当事者双方の名称、事業期間、業務内容がわかるもの。契約金額等は非表示（マスキング等）として差し支えありません。）

* 該当する施設が多数ある場合は、代表的な施設について記載してください。
* 参考として事業期間を記載してください。

【様式４】

処　分　歴　等

年　　月　　日

豊中市病院事業管理者宛

　　　所　在　地

　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　㊞

募集開始日から過去3年以内の処分歴について、下記のとおり事実と相違ないことを誓約します。

[ ] 　処分歴はありません

[ ] 　入札参加停止又は入札参加除外措置を受けた

[ ] 　契約解除を受けた

[ ] 　書面での警告をうけた

【様式５】

（別紙にて説明の場合は「別紙のとおり」と記載してください。）

（記載欄が不足するときは、様式について所要の調整を行ってください。）

|  |
| --- |
| 企画提案内容 |
| （１）厚生労働省指定の申請書類作成・厚生局担当者への提出作業を貴社に依頼する場合、当院単独での実施と比べてどのようなメリットがあるのか、具体的に記載してください。（２）補助金申請書類の作成を貴社に依頼する場合、当院単独での実施と比べてどのようなメリットがあるのか、具体的に記載してください。（３）当業務遂行に向けて有用な、導入作業担当者が有している知識と技術について、具体的に記載してください。（４）特定行為研修を円滑に導入するため、院内の職員（医師、看護師、事務局職員など）に対しての周知や説明をどのように行うか、具体的に記載してください。（５）当業務を円滑に進めるための院内会議等の計画について、具体的に記載してください。（６）その他、導入に係る業務へのサポートについて、具体的に記載してください。（７）本業務にあたり知り得た情報を適正に取り扱うための規程等や対応方法について、具体的に記載してください。（８）当業務の見積価格について記載してください。（税抜および税込） |

【様式６】

質　　問　　書

　　年　　月　　日

 豊中市病院事業管理者宛

（連絡先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 | 所属　　　　　　　　　　 氏名 |
| Eメール |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

 市立豊中病院特定行為研修導入支援業務に係るプロポーザルの企画提案書について，次の事項を質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 項　　目 | 質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

* 1項目１欄を使用して、欄が不足するときは、複写などで追加してください。
* 質問は、必ず下記アドレス宛電子メールでお問い合わせください。

hsoumu@city.toyonaka.osaka.jp