様式1

**提案参加申込書**

年　　 月　　 日

市立豊中病院事業管理者　本荘 泰司 様

住所（所在地）〒

（フリガナ）

商号又は名称

（フリガナ）

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

市立豊中病院バイタル機器連携システム導入の選定プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて提案参加資格の審査を申請します。

なお、提案参加申込書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4の規定に該当する事実はなく、本申し込みの提出時において、国税及び地方消費税の滞納がなく、会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申し立て及び民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続き開始の申し立てを行っておりません。

連絡先

住所（所在地）

所属部署

担当者職名・氏名

電話番号

E-Mail

様式2

**誓約書**

市立豊中病院バイタル機器連携システム導入の提案参加に当たり下記の事項について誓約いたします。

なお、誓約事項等に違反が判明した場合の弊社に対する措置等については、何ら弊社からの不服等は申し出ることなく、貴院の指示に従います。

記

* + - 優先契約候補事業者として選定された場合は、契約締結後、全責任をもって業務を確実に遂行します。
    - 企画提案書等の書類一式に記載する事項は事実と相違ありません。
    - 企画提案書等に記載された内容を実現することに対して、一切の追加費用を伴わず実施します。
    - 受託後に、仕様変更の申し出及び弊社の一方的な解釈での納入等は、一切行いません。
    - 上記事項に違反する行為が後日認められた場合には、契約解除、違反金の支払い及び損害賠償等に対して、異議申し立ては行いません。

年　　 月　　 日

市立豊中病院事業管理者　本荘 泰司 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　 印

様式3

**会社概要**

1 提案者

会社名

所在地

URL

2 会社概要

設立年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

資本金（千円）

売上金（千円）

従業員数（人）

支社・支店

関連会社

※上記の売上金等の値は、直近の単独決算の値としてください。

　直近2年度分の「貸借対照表」「損益計算書」「キャッシュフロー計算書」を提出してください。

3 連絡先

所属部署

担当者職名・氏名

電話番号

E-Mail

様式4

**業務経歴書**

市立豊中病院バイタル機器連携システム導入の受注実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 業務名称 |  | | |
| 発注者 |  | 病床数 |  |
| 業務期間 | から  まで | 受託額 | 千円 |
| 業務の概要 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 業務名称 |  | | |
| 発注者 |  | 病床数 |  |
| 業務期間 | から  まで | 受託額 | 千円 |
| 業務の概要 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 業務名称 |  | | |
| 発注者 |  | 病床数 |  |
| 業務期間 | から  まで | 受託額 | 千円 |
| 業務の概要 |  | | |

※受注した業務の概要は通信機能付きバイタル測定機器の導入についての受注実績を記入してください。

※受注実績については、複数件ある場合は最大３件まで記入してください。

様式5

**実施体制**

本導入を担う場合の体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属 | 役割 | 現在履行中  の業務件数 |
| 管理技術者 |  |  |  |  |
| 担当技術者 |  |  |  |  |
| 担当技術者 |  |  |  |  |
| 担当技術者 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 実施体制図 |
| 体制の特徴 |

※この表は適宜作り変えてもよいこととします。

様式6

**管理技術者及び担当技術者の業務実績**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理技術者 | 名前 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  | | |
| 業務経験年数 | （通算）　　　　　　年  （現在の部門）　　　年 | | |
| 参画した業務  概要 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当技術者① | 名前 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  | | |
| 業務経験年数 | （通算）　　　　　　年  （現在の部門）　　　年 | | |
| 参画した業務  概要 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

※参画した主要業務の概要は、通信機能付きバイタル測定機器の導入実績を記入してください。

様式6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当技術者② | 名前 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  | | |
| 業務経験年数 | （通算）　　　　　　年  （現在の部門）　　　年 | | |
| 参画した業務  概要 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当技術者③ | 名前 |  | 所属・職名 |  |
| 経歴等 |  | | |
| 業務経験年数 | （通算）　　　　　　年  （現在の部門）　　　年 | | |
| 参画した業務  概要 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

※担当技術者を4名以上記載する場合はこの表をコピーして使用してください。

様式7

**入札参加停止措置等状況調書**

年　月　 日

所在地

事業者名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

件名：市立豊中病院バイタル機器連携システム導入

【入札参加停止（除外）措置の有無】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・有り（以下の欄を記入すること）　／　・無し（以下の欄は記入不要） | | | |
|  | 措置日 | 措置期間（か月） | 行政機関名 |
| １ | 年　　月　　日 |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

【契約解除措置の有無】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・有り（以下の欄を記入すること）　／　・無し（以下の欄は記入不要） | | | |
|  | 措置日 | 措置期間（か月） | 行政機関名 |
| １ | 年　　月　　日 |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

【不正行為等による警告の有無】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・有り（以下の欄を記入すること）　／　・無し（以下の欄は記入不要） | | | |
|  | 措置日 | 措置期間（か月） | 行政機関名 |
| １ | 年　　月　　日 |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

入札参加停止措置および入札参加除外措置ならびに契約解除および不正行為等による警告措置の有無について、該当事項に○印を付し、必要事項を記入してください。

＜注＞対象は本案件の公告日から過去３ヵ年以内にあるもの。

措置の原因が同事案による場合は、豊中市による措置を記入。

様式8

**業務協力会社体制（役割分担）予定**

【代表体制】

会社名

所在地

代表者

役割

構成グループ1

会社名

所在地

代表者

役割

構成グループ2

会社名

所在地

代表者

役割

構成グループ3

会社名

所在地

代表者

役割

構成グループ4

会社名

所在地

代表者

役割

様式8

【各社スケジュール】

・導入にあたり各社がどの時期にどのような業務を担当するか明示した資料を提出してください。（構成グループがない場合も資料を提出してください）

・様式は問いません。（納品物「プロジェクト計画書」相当の資料を想定しています）

※1 本システムを導入した場合の役割（システム保守、ハード保守等）分担及び実施体制について記入してください。

※2 本システムを導入した場合に想定される全ての構成グループを記入してください。

様式9

　　年　　月　　日

**質問書**

「市立豊中病院バイタル機器連携システム導入」に係る内容について以下のとおり質問いたします。

会社名

代表者名

担当者名

E-Mail

電話

【質問事項】

※質問は、1問につき用紙1枚を使用してください。

※以下の項目は、市立豊中病院整理欄になります。

受付日　　　　　年　　月　　日　　　受付　　　　号

様式10

**辞退届**

年 　　月 　　日

市立豊中病院事業管理者　本荘 泰司　様

住所（所在地）〒

（フリガナ）

商号又は名称

（フリガナ）

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により、市立豊中病院バイタル機器連携システム導入における選定プロポーザルへの参加を辞退します。

記

（理由）

1.

様式11-1

**見積書**

件名　市立豊中病院バイタル機器連携システム導入

（納品日　令和3年12月28日まで）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見積金額 | 十億 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 数量 | 単価 | 金額 | 備考 |
| 導入費用 |  |  |  |  |
| 仕様要件に係る改修費用 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

年 　　月 　　日

市立豊中病院事業管理者　本荘 泰司　様

所在地

商号又は名称

代表者又は受任者名　　　　　　　　　　 印

※1. 見積書には消費税課税事業者、免税事業者に関係なく、見積金額に消費税及び地方消費税額を含めて記載する。

※2. 消費税及び地方消費税の税率は10％とする。

様式11-2

**見積書**

件名　市立豊中病院バイタル機器連携システム保守・運用業務　5年間

（令和4年(2022年) 1月～令和8年(2026年) 12月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見積金額 | 十億 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 数量 | 単価 | 金額 | 備考 |
| パッケージ使用料 |  |  |  | 機器更新含む |
| システム保守・運用料（パッケージ部分） |  |  |  |  |
| システム保守・運用料（改修部分） |  |  |  |  |
| システムサポート料 |  |  |  |  |
| 既存システムの追加保守費用 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（年度ごとの見積金額） （単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 | 2026年度 |
| 金額 |  |  |  |  |  |
| 内税額 |  |  |  |  |  |

年 　　月 　　日

市立豊中病院事業管理者　本荘 泰司　様

所在地

商号又は名称

代表者又は受任者名　　　　　　　　　　 印

※1. 見積書には消費税課税事業者、免税事業者に関係なく、見積金額に消費税及び地方消費税額を含めて記載する。

※2. 見積書記載の年度ごとの見積金額についても、消費税及び地方消費税額を加算したものとし、1円未満の端数金額は切り捨てる。内税額に、消費税及び地方消費税額を記入すること。

※3. 消費税及び地方消費税の税率は、10％とする。

様式13

**機密情報に関する誓約書**

市立豊中病院バイタル機器連携システム導入の提案参加を検討するに当たり、受領した企画提案に関する各種資料及び記録媒体（以下、併せて「機密情報」といいます）の取り扱いについて、下記の事項について誓約いたします。

なお、誓約事項等に違反が判明した場合の弊社に対する措置等については、何ら弊社からの不服等は申し出ることなく、貴院の指示に従います。

記

１．受領した機密情報は、貴院が実施する提案募集への参加を検討するためのみ

使用し、これ以外の目的には使用しません。

２．受領した機密情報は、厳に秘密として保持するものとし貴院の事前の許可な

く、いかなる方法をもってしても、第三者へ開示、譲渡・貸与及び漏洩しま

せん。

３．受領した機密情報は、上記１以外の目的で複製・謄写及び弊社の施設外へ持

ち出しません。

　４．以下に該当した場合、受領した機密情報は速やかに削除・破棄します。

　　　・提案募集に参加しなかった場合

　　　・提案参加後に辞退した場合

　　　・本件について、貴院と契約締結に至らなかった場合

年　　 月　　 日

市立豊中病院事業管理者　本荘 泰司　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印