様式第１号

令和　　年　　月　　日

富山県済生会高岡病院あて

所　在　地

　　　　商号又は名称

代表者名（職・氏名）　　　　　　　　　印

参加表明書兼誓約書

富山県済生会高岡病院医事業務委託に係る募集について、下記の書類を添えて、参加を表明します。なお、添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

１　添付書類

1. 参加表明書兼誓約書（様式第１号）
2. 応募資格確認書（様式第２号）
3. 会社概要（様式第３号）
4. 登記事項証明書
5. 財務諸表
6. 納税証明書
7. 同種業務実績調書（様式第４号）
8. 提案書（様式第５号）
9. 見積書（様式第６号）

　２　連絡先（担当者）

　　　　住所

所属

役職

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ

E-mail

様式第２号

応募資格確認書

応募資格事項（□欄にチェックを記入すること）

|  |  |
| --- | --- |
| 応募資格 | 該当チェック |
| ①固定資産税、法人税、消費税及び地方消費税の滞納がない。 | □はい　　□いいえ |
| ②民事再生法（平成１１年法律第２２５号）の規程による再生手続開始の申立て中又は再生手続中でなく、又、会社更生法（平成１４年法律第１５４号）の規程による更生手続開始の申立て中又は更生手続中でない。 | □はい　　□いいえ |
| ③暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に規定する暴力団若しくは同条第６号に規定する暴力団員又はこれらの者と密接関係する者は該当しない。 | □はい　　□いいえ |

様式第３号

会社概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者名 |  | |
| 設立年月 | 月　　　　日 | |
| 経歴、沿革 |  | |
| 資本金 | 千円 | |
| 従業員数  （　　　）現在 | 役員（又は個人事業主） | 名 |
| 正社員（又は専従者） | 名 |
| パート、アルバイト等 | 名 |
| 本店所在地 |  | |
| 支店、営業所数 | ヶ所（うち富山県内　　　　　　　　　ヶ所） | |
| 業務内容 |  | |

様式第４号

同種業務実績調書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託医療機関名 |  |  |  |
| 所在地 |  |  |  |
| 受託業務名 |  |  |  |
| 受託業務の内容 |  |  |  |
| 許可病床数  （うち稼働病床数） | 床  （　　　　　　床） | 床  （　　　　　　床） | 床  （　　　　　　床） |
| 契約金額（税抜） | 年額　　　　　千円 | 年額　　　　　千円 | 年額　　　　　千円 |
| 受託期間 | 年　　月～  　　年　　月 | 年　　月～  　　年　　月 | 年　　月～  　　年　　月 |
| ＤＰＣ対象病院となった時期 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 |
| 導入している電子カルテ（ﾒｰｶｰ名・製品名・導入時期） | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 |

［記載上の注意］

①応募資格に該当する受託実績を、許可病床数の多いものから３件記載すること。

* 1. 受託実績には、医事業務の一部のみを受託するものや、下請け及び人材派遣契約は記載しないこと。

様式第５号

提案書

|  |
| --- |
| １　医事業務全般について |
|  |

|  |
| --- |
| ２　患者サービス向上について |
|  |

|  |
| --- |
| ３　スタッフの資質向上について |
|  |

|  |
| --- |
| ４　診療報酬請求精度向上について |
|  |

|  |
| --- |
| ５　ＤＰＣへの対応について |
|  |

|  |
| --- |
| ６　個人情報保護、コンプライアンス、危機管理等について |
|  |

|  |
| --- |
| ７　業務の実施体制 |
|  |

|  |
| --- |
| ８　その他の提案 |
|  |

［記載上の注意］

1. 項目ごとに、提供できる機能、役割、考え方及びセールスポイントを分かり易い表現で簡潔に記載し、必要に応じて、表、フロー図等を添付すること。
2. どの項目にも当てはまらないと判断される事項については、「８　その他の提案」に記載すること。

様式６号

見積書

１　提案見積金額（内訳①＋②）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　（１年度当たりの金額で、消費税及び地方消費税相当額を除く。）

２　内訳

1. 人件費（ア＋イ＋ウ＋エ）

ア　医事業務

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 単価  Ａ | 人数  Ｂ | 金額  Ａ×Ｂ | 単価（Ａ）の根拠  （時給×勤務時間×日数） |
| 管理責任者 | 円 | 人 | 円 | 円×　　時間×　　　日 |
| 入院責任者 |  |  |  |  |
| 外来責任者 |  |  |  |  |
| 従事者（常勤） |  |  |  |  |
| 従事者（非常勤） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 | | |  |  |

イ　ＤＰＣ業務

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 単価  Ａ | 人数  Ｂ | 金額  Ａ×Ｂ | 単価（Ａ）の根拠  （時給×勤務時間×日数） |
| 管理責任者 | 円 | 人 | 円 | 円×　　時間×　　　日 |
| 入院責任者 |  |  |  |  |
| 外来責任者 |  |  |  |  |
| 従事者（常勤） |  |  |  |  |
| 従事者（非常勤） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 | | |  |  |

1. 諸経費等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 金額 | 金額の根拠（計算式等） |
|  | 円 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

様式第７号

令和　　年　　月　　日

富山県済生会高岡病院開設者あて

所　在　地

　　　　商号又は名称

代表者名（職・氏名）　　　　　　　　　印

辞退届

令和　　年　　月　　日に富山県済生会高岡病院医事業務委託事業者募集要領に基づき応募しましたが、都合により辞退します。

担当部署名

担当者氏名

連絡先電話番号

様式第８号

令和　　年　　月　　日

富山県済生会高岡病院医事課あて

事業者名

　担当部署名

担当者氏名

連絡先電話番号

質問書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 資料名等 | 質問内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　質問内容は簡潔かつ明確に記載すること。