県立３病院電子カルテシステム更新設計支援業務に係る

公募型プロポーザル応募等様式集

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 内　　　容 | 様　式 |
| １ | 情報セキュリティ保全に係る誓約書 | 様式第１号 |
| ２ | 参加申込書兼参加資格審査申請書 | 様式第２号 |
| ３ | 提案者概要 | 様式第３号 |
| ４ | 委任状 | 様式第４号 |
| ５ | 同種業務実績一覧表 | 様式第５号 |
| ６ | 辞退届 | 様式第６号 |
| ７ | 質問書 | 様式第７号 |

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

情報セキュリティ保全に係る誓約書

　県立３病院電子カルテシステム更新設計支援業務に係る公募型プロポーザルに参加するにあたり知り得た本プロポーザルに係る仕様、その他の情報について厳重に管理し、本プロポーザルの提案目的以外に使用しないことを誓います。

　また、本プロポーザルのため交付を受けた書類等については、本プロポーザル終了後、責任をもって廃棄します。

　なお、本プロポーザルに係り知り得た情報の漏洩により、宮崎県病院局又は第三者に対し損害を与えた場合は、一切の責任を負うことを誓います。

（宛先）宮崎県病院局長

応募者　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

(様式第２号）

令和　　年　　月　　日

　宮崎県病院局長　　殿

応募者　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書兼参加資格審査申請書

　「宮崎県立３病院電子カルテシステム更新設計支援業務公募型　プロポーザル実施要領」に基づく企画提案競技に参加したいので参加申込するとともに、参加資格審査を下記のとおり申請します。

　また、同要項に規定する資格要件に該当することを誓約します。

記

１　会　社　名

２　所　在　地

３　代表連絡先

・電話番号

・FAX番号

４　担　当　者

・部 署 名

・職・氏名

・電話番号

・FAX番号

・メールアドレス

５　添付書類

①　参加申込書兼参加資格審査申請書（本様式）

②　提案者概要（様式第３号）

③　委任状（様式第４号）

④　同種業務実績一覧表（様式第５号）

⑤　会社案内書、概要書等

⑥　商業登記簿謄本（発行日から３ヶ月以内のもの）

⑦　決算書（直近１期分）

⑧　納税証明書（法人税、消費税、事業税）（直近１期分）

（様式第３号）

提　案　者　概　要

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社名所在地 | 本社等 |  |
| 本業務を受託する支社等 |  |
| 創設年・開設年 |  |
| 資　本　金 | 百万円　　 |
| 売　上 | 事業全体 | 百万円　　 |
| うちコンサルタント業務分 | 百万円　　 |
| 常勤従業員数 | 技術職 | 事務職 | その他 | 合　計 |
| 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 |
| うち有資格者の状況・医師、医業経営コン　サルタント、上級医療情報技師　等 | 資格名 | 人数 | 資格名 | 人数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| その他特記事項 |  |

※　「売上」については、直近の会計年度分を記入すること。

※　会社の概要を紹介したパンフレット及び組織図を各６部添付すること。

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

委　　任　　状

宮崎県病院局長　殿

応募者　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

私は都合により

受任者　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

を代理人と定め、宮崎県病院局経営管理課が行う「宮崎県立３病院電子カルテシステム更新設計支援業務」に関し下記の権限を委任します。

記

１　参加申込書兼参加資格審査申請その他各種届け出について

２　企画提案及び見積、その他応募に必要な事項について

３　契約の締結について

４　契約代金の請求及び受領について

（様式第５号）

同　種　業　務　実　績　一　覧　表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 | （※記載例）　○○病院 |  |  |
| 一般病床数 | ○○○床 |  |  |
| 導入システム名 | ○○会社製「○○○○」 |  |  |
| 受託業務の内容 | ・仕様書作成・契約支援・設計管理 |  |  |
| 受託期間 | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |
| システム稼働日 | 平成　年　月 |  |  |
| 主構成員（担当） | ☆☆　☆☆（総括）○○　○○（計画）△△　△△（設計）××　××（調査）□□　□□（監査） |  |  |

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

応募者　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

【記載上の注意】

①　記載例を参考にして、平成29年４月１日以降の、 400床以上の公的な病院の同種業務に係る実績を１件以上記載してください。（実施要領４の⑷）。

②　多数の実績があるときは、３施設の実績を記載して下さい。

③　複数の実績を記載する場合は、導入システムが異なるものを抽出して記載して下さい。

④　上記実績の契約書の写し及び契約履行を証明する書類（検査完了通知、支払いを受けたことのわかる書類など）の写しを提出すること。

（様式第６号）

令和　　年　　月　　日

辞　　退　　届

宮崎県病院局長　殿

応募者　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　「宮崎県立３病院電子カルテシステム更新設計支援業務」の企画提案競技に参加申込しましたが、都合により辞退します。

（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

宮崎県病院局長　殿

会　　社　　名

連絡担当部署名

連絡担当者氏名

電　話　番　号

E‐mail

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 質　　問　　内　　容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

※　企画提案書の提出を要請された応募者が、提案書作成に当たって質問がある場合、本様式にてE-mailで提出してください。内容に応じ、随時、企画提案書の提出を要請している者全員に対して電子メールにて回答します。

※　質問内容が上記に書ききれないとき、又は複数あるときなどは、上記１に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付して差し支えありません。