

様式 1

令和 年 月 日

県立延岡病院長 殿

応募者

所 在 地

商号又は名称

代表者 氏名

Ⓔ

企画提案競技参加申込書

県立延岡病院が行う「県立延岡病院医事関係業務委託企画提案競技」に参加したいので、下記のとおり申し込みます。

また、実施要領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

委任状（※代表権を有しない者（支店長等）が申請する場合のみ必要）

※ 実施要領に規定する参加資格に疑義がある場合は、事前に確認を行う場合がある。

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

県立延岡病院長 殿

住所
商号又は名称
代表者職氏名

実印

チェック欄（該当する項目にチェックを入れてください。）

- ☐ 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

→ 直近の領収証書の写しを貼付してください。

直近の領収証書の写しを貼付してください。
（注 複数の市町村に納税している場合、貼付する領収証書は、最も納税者の多い市町村の領収証書のみで可）

＜県外事務所で宮崎県内に事業所がなく居住する従業員もいない場合＞

- ☐ 当事務所は、宮崎県内に事業所（支店又は営業所を含む。）がなく、かつ、宮崎県内に居住する従業員がいません。

＜添付する領収証書の写しがない場合＞

- ☐ 当事務所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定（特別徴収義務者番号 ）を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

→ 確認印を受けてください。

＜特別徴収義務がない場合＞

- ☐ 当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

→ 確認印を受けてください。

＜開始誓約＞

- ☐ 当事業所は、令和 年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社（者）宛てに送付してください。

→ 確認印を受けてください。

市（町・村）確認印

様式 3

同 種 業 務 実 績 調 書

受託先医療機関の名称	
許可病床数	
D P C 対象病院となった時期	年 月 日
D P C 準備病院となった時期	年 月 日
受託業務の内容	
受託期間	年 月 日から 年 月 日まで
その他特記事項	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

所 在 地
商 号
代表者職氏名

印

[記載上の注意]

同時期に複数の受託実績があるときは、許可病床数の最も多い医療機関に係る実績を記載してください。

様式 4

履 行 証 明 書

委託先業者	名 称	
	所 在 地	
	代表者職氏 名	
委託業務の内容		
委託期間		年 月 日から 年 月 日まで

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地
医療機関名
(医療機関コード番号)
代表者氏名 印

令和 年 月 日

提 案 書

所 在 地
商 号
代表者職氏名

印

I 委託業務の実施に必要な基本的機能

1 病院勤務スタッフについて

(1) 業務に必要な人員の確保

(2) 技能・保有資格

(3) 研修・教育体制

2 現場管理体制について

(1) 現場統括責任者の職能・権能

(2) スタッフの管理体制

(3) 支店・営業所等の支援体制

3 緊急時・非常時の体制について

(1) 休日・夜間のバックアップ体制

(2) 支店・営業所等の機能

II 診療報酬請求・施設基準・D P Cに関する事項

1 診療報酬請求について

(1) 診療報酬請求の精度向上について

(2) 返戻・査定減の防止・削減対策

(3) 病院職員への周知体制

(4) 診療報酬改定への対応

2 施設基準の取得及び管理

(1) 新たな施設基準の取得支援

(2) 施設基準の管理体制

3 D P Cの効率的な運用

(1) 加算・指導料の算定強化や医療の標準化に係る取組

(2) DPC 係数向上に係る取組

Ⅲ その他の提案

1 苦情等への対応について

(1) 苦情・クレーム窓口の体制（専門的スキルの確認）

(2) 苦情内容分析による業務改善

2 患者・職員満足度の向上について

(1) 患者満足度向上の提案

(2) 働きやすい職場環境づくりに向けた取組

(3) 職場定着率の向上策

3 業務の標準化に向けた I C Tの活用

(1) 各種業務のシステム化

(2) A I ・ R P A等の導入による業務の効率化に向けて

4 その他

Ⅳ 見積書

[記載上の注意]

① 項目ごとに、参加者の状況やセールスポイント等を簡潔に記載してください。

また、必要に応じて表やチャート図、フロー図等を添付してください。

② 項目の標題は変更しないでください。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、「Ⅲ その他の提案」の「4 その他」欄に記載してください。

様式 6

質 問 書

令和 年 月 日

事業者の商号	
担当者職氏名	
連絡先電話番号	
F A X 番号	

質問事項

※ 質問書の受付期間 令和 年 月 日 () から令和 年 月 日 () まで

提出先 県立延岡病院医事・経営企画課医事担当
FAX 番号 0 9 8 2－9 2－0 2 3 3
E-mail nobeoka-hp@pref.miyazaki.lg.jp

様式 7

令和 年 月 日

県立延岡病院長 殿

辞 退 届

所 在 地

商 号

代表者職氏名

印

令和 年 月 日に県立延岡病院医事関係業務委託プロポーザルに参加を申し込
みましたが、都合により辞退します。

担当部署名	
担当者職氏名	
連絡先電話番号	