

令和 年 月 日

県立宮崎病院長 殿

参 加 申 込 書

所 在 地

商 号

代表者職氏名

印

県立宮崎病院医事関係業務委託プロポーザル実施要領に基づき、県立宮崎病院医事関係業務委託プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、同要領に規定する欠格要件に該当しないことを誓約します。

記

1 提出書類

- (1) 納税証明書
- (2) 同種業務実績調書（様式 2）
- (3) 同種業務に係る契約書の写し又は受託先医療機関が発行する履行証明書（様式 2 の 2）
- (4) 提案書（様式 3）
- (5) 見積書

※支店長など代表権を有しない者の名前で参加申込を行う場合、本社の代表者から支店長などが企画提案競技への参加等について、委任した旨を示す委任状（様式 1 の 2）を添付すること。

2 提出部数

正本 1 部

副本 10 部

担当部署名	
担当者職氏名	
連絡先電話番号	

令和 年 月 日

委任状

県立宮崎病院長 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 事業所所在地

商号又は名称

代表者職氏名

Ⓜ

を代理人と定め、県立宮崎病院が行う「県立宮崎病院医事関係業務委託プロポーザル」に関し下記の権限を委任します。

記

- 1 参加申込書について
- 2 企画提案、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2

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	令和 年 月 日
D P C準備病院となった時期	令和 年 月 日
受託業務の内容	
受託期間	令和 年 月 日から 令和 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。

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		令和 年 月 日から 令和 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 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・営業所の機能

II 診療報酬請求・施設基準・DPC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 DPC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ICTの活用

(1) 各種業務のシステム化

(2) AI・RPA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 5

令和 年 月 日

県立宮崎病院長 殿

辞 退 届

所 在 地

商 号

代表者職氏名

印

令和 年 月 日に県立宮崎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	