

# 検体検査業務委託プロポーザル募集要領

## 1 事業の概要

### (1) 事業名

あき総合病院検体検査業務委託

### (2) 事業の目的

生化学検査等の検体検査及びそれらの付随業務を、業務量に応じた効率的な人員体制と設備体制で適切な処理を行い、迅速且つ正確で安全な検査体制を確立する。

### (3) 事業内容

検体検査（生化学検査等）、輸血検査、病理組織検査関連業務、検査受付及びそれらの付随業務

### (4) 委託期間

平成26年4月1日から平成31年3月31日まで（5年間）

## 2 見積限度額（5年間総額）

887,638千円（消費税額及び地方消費税額別）

## 3 審査委員会の設置

別途定める「検体検査業務委託プロポーザル審査委員会設置要領」に基づき、審査委員会を設置する。

## 4 契約の相手方の決定方法

審査委員会を開催し、提出された企画提案書と企画提案者（以下、「参加者」という。）のプレゼンテーション内容について、あらかじめ定められた審査基準に基づき、公正な審査を行い、随意契約の相手方となる候補者（以下、「候補者」という。）と次点者を選定する。

なお、評価点と同じである場合には、最終の指標として価格を使用する。

選定後には、あき総合病院と候補者は、企画提案の内容をもとにして、業務の履行に必要な具体の履行条件などの協議と調整（以下、「交渉」という。）を行い、この交渉が整ったときには、随意契約の手続きを行う。ただし、~~150日~~30日以内に交渉が整わない場合は、次点者と交渉を行う。

また、委託業務の実施に際して、企画提案の内容をそのまま実施するものではない。

## 5 資格要件

参加者の資格要件は次のとおりとする。

- (1) 高知県における「平成24～26年 競争入札参加資格者登録名簿（物品購入等関係）」に登録されている者（もしくは契約締結時まで登録が予定されている者）であること。
- (2) 地方自治法施行令第167条の4の規定に該当しない者であること。

- (3) 高知県物品購入等関係指名停止要領に基づき指名停止等の措置を受けていない者であること。
- (4) 「高知県の事務及び事業における暴力団の排除に関する規程」に基づく入札参加資格停止措置を受けていないこと又は同規程第2条第2項第5号に掲げる排除措置対象者に該当しないものであること。
- (5) 本店及び県内に所在する営業所等が都道府県税を滞納していないこと。
- (6) 本店及び県内に所在する営業所等が消費税及び地方消費税を滞納していないこと。
- (7) 個人情報保護に関する方針及び規程が定められていること。
- (8) 高知県内に事業所（本社、支店、営業所等）を置く者、又は契約締結（業務開始）までに事業所を開設することが確実であると認められる者であること。

## 6 説明会

開催日時 : 平成25年10月17日（木）15時から16時まで（予定）

場 所 : あき総合病院6階会議室

※1参加者あたり2名までの参加とする。

## 7 質疑と回答

質疑については、平成25年10月22日（火）17時までに別紙様式1により、郵送（書留又は配達記録に限る）又はファクシミリ、電子メールで受け付ける。ファクシミリと電子メールによる場合は、電話により着信を確認するものとする。質疑と回答の内容はあき総合病院ホームページに掲載する。同日を過ぎての質疑については、原則として受け付けませんが、回答することが必要と認める場合は、この限りではない。

## 8 参加申込及び資格要件の確認

プロポーザルの参加を予定している者から、参加申込書（別紙様式2）に資格要件の確認書類を添えて申込を受け付けます。申込に当たって提出される書類を次表に示します。

| 様式<br>番号 | 提出書類の名称       | 規格  | 提出部数 |
|----------|---------------|-----|------|
| 2        | 参加申込書         | A4縦 | 1部   |
| 3        | 法人概要書         | A4縦 | 1部   |
| 任意       | 個人情報保護に関する方針等 | 問わず | 1部   |

### (1) 参加申込書

#### ① 提出方法

持参又は郵送（書留郵便又は配達記録に限る）による。

#### ② 提出期限

平成25年11月1日（金）17時（必着）

#### ③ 提出先

〒784-0027 高知県安芸市宝永町1-32

あき総合病院 事務部 総務課（TEL 0887-34-3111）

### (2) 資格要件の確認

申込者から提出のあった参加申込書と関係書類を確認します。申込者の資格要件の確認が完了したら、確認結果を平成25年11月6日（水）までに申込者へ電子メールにて通知します。

(3) 資格要件が満たなかった者に対する理由説明

① 参加申込書を提出した者のうち資格要件が満たなかった者に対しては、満たなかった旨及び満たなかった理由を書面により通知します。通知を受けた者は、通知をした日の翌日から起算して5日（土日祝日を除く。）以内に、書面により、病院長に対して資格要件が満たなかったことについての説明を求めることができるものとする。

② 病院長は説明を求められたときは、平成25年11月15日（金）までに書面により回答する。

## 9 企画提案書の作成

別途定める「検体検査業務委託プロポーザル企画提案書作成要領」のとおり。

## 10 審査

別途定める「検体検査業務委託プロポーザル審査要領」のとおり。

## 11 審査結果

審査結果は、審査委員会終了後、平成25年12月2日（月）までにすべての参加者に文書で通知する。なお、審査結果は高知県情報公開条例に基づく開示請求があった場合には、開示の対象となる。

高知県情報公開条例 [ <http://www.pref.kochi.jp/~kensei/jouhou/j-jyorei.htm> ]

## 12 日程

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| 平成25年10月 7日（月） | 募集開始              |
| 平成25年10月17日（木） | 説明会               |
| 平成25年10月29日（火） | 質疑書への回答（ホームページ掲載） |
| 平成25年11月 1日（金） | 参加申込書類提出×切        |
| 平成25年11月18日（月） | 企画提案書提出×切         |
| 平成25年11月28日（木） | 審査委員会（プレゼンテーション）  |
| 平成25年12月 2日（月） | 審査結果通知            |

## 13 提出書類の取扱い

(1) 提出された書類は返却しない。

(2) 提出された書類は、必要に応じ複写する。ただし、病院内及び審査委員会での使用に限る。

(3) 提出された企画提案書は、高知県情報公開条例に基づく開示請求があった場合には対象文書として原則開示する。ただし、提案書等を開示することにより、参加

者が事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害する場合は、該当部分にその旨を表示するとともに別紙様式4により提出すること。  
なお、開示・非開示の判断は別紙様式4に基づき行うものではなく、別紙様式4を参考に、同条例に基づき客観的に判断する。

高知県情報公開条例 [ <http://www.pref.kochi.jp/~kensei/jouhou/j-jyorei.htm> ]

- (4) 契約者以外の参加者から提案された内容については、参加者の承諾なしには利用しない。

#### 14 問い合わせ先

〒784-0027

高知県安芸市宝永町1-32

あき総合病院 事務部 総務課

担当 主幹 藤田

TEL 0887-34-3111 (内線 7311)

FAX 0887-34-2687

E-mail 620103@ken.pref.kochi.lg.jp

#### 15 その他

- (1) 参加申込書類を提出した後に辞退する場合は、辞退理由等を記載した辞退届（様式自由）を提出すること。なお、辞退することによって、今後、あき総合病院との契約等について不利益な取扱いをするものではない。
- (2) 企画提案に要するすべての費用は参加者の負担とする。
- (3) 次の各号のいずれかに該当した場合、参加者は失格になる場合がある。
- ア 提出書類に不備があった場合又は指示した事項に違反した場合
  - イ 当該プロポーザル関係者に対して、当該プロポーザルに関わる不正な接触の事実が認められた場合
  - ウ プロポーザルの手続き過程で、「高知県の事務及び事業における暴力団の排除に関する規程第2条第2項第5号に掲げる排除措置対象者に該当することが判明したとき。

#### 附則

この要領は、平成25年10月 日から施行する。

検体検査業務委託プロポーザルに関する質疑書

平成 年 月 日

所在地：  
事業者名：  
担当者名：  
電話番号：  
FAX：  
E-mail：

質疑内容

提出期限 : 平成25年10月22日(火) 17時まで  
提出先 : あき総合病院 事務部 総務課 担当 藤田  
FAX番号 : 0887-34-2687

平成 年 月 日

高知県立あき総合病院長 前田 博教 様

## 参加申込書

検体検査業務委託プロポーザル募集要領に基づき、下記資料を添付のうえ、検体検査業務委託プロポーザルに参加を申し込みます。

### 記

- 1 法人概要書
- 2 個人情報保護に関する方針等

所在地

事業者名

代表者名

印

連絡先

担当者氏名

電話番号

F A X

E - M a i l

# 法人概要書

平成 25 年 10 月 1 日現在

- 1 事業者名
- 2 代表者 職・氏名
- 3 本社所在地（電話番号、FAX 番号含む）  
高知県内の事業所所在地（電話番号、FAX 番号含む）
- 4 設立年月日
- 5 資本金又は資本金に相当する財産
- 6 従業員数（管理職を含む常勤職員数）

7 主たる事業分野

8 高知県の「平成24～26年 競争入札参加資格者登録名簿（物品購入等関係）」への登録

・登録済み（登録番号： ）

・平成 年 月 日登録予定

9 個人情報保護に関する方針及び規程

・策定年月日：

・名称：

10 四国内の病院における過去3年間のブランチャラボ受託実績

| 名称       | 所在地   | 病床数 | 受託期間                 | 備考 |
|----------|-------|-----|----------------------|----|
| (例) ○○病院 | 高知市○○ | ▲▲床 | H23. 4. 1～H24. 3. 31 |    |
|          |       |     |                      |    |
|          |       |     |                      |    |
|          |       |     |                      |    |

※ 必要に応じて行を追加すること。なお、別紙でも可とする。



高知県立あき総合病院長 前田 博教 様

所在地

事業者名

代表者名

印

高知県情報公開条例に基づく開示請求があった場合に、提出書類を開示することにより、今後弊社が事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害する部分及びその具体的な理由は次のとおりです。

| 開示すると支障が生じる書類（書類の頁・箇所等） | 支障が生じる理由・生じる支障の内容（具体的に記入すること） |
|-------------------------|-------------------------------|
|                         |                               |