高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務公募型プロポーザル

様式集

目　　　　　　次

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 提出書類の名称 |
| １ | 説明会参加申込書 |
| ２ | 質疑書 |
| ３ | プロポーザル参加申込書 |
| ４ | 誓約書 |
| ５ | 事業者概要書【添付資料】会社案内等 |
| ６ | 事業実績一覧表 |
| ７ | 非開示理由書　（※該当する場合に企画提案書と一緒に提出してください） |
| ８ | 企画提案書表紙 |

（様式１）

滅菌業務委託公募型プロポーザル説明会参加申込書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

高知県立幡多けんみん病院長　　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県立幡多けんみん病院滅菌業務委託公募型プロポーザル説明会に参加します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役　職　名 | 氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※説明会への参加は１事業者あたり２名までとします。

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

E-mail

（様式２）

高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザル質疑書

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

担当者名

電話番号

ファクシミリ

電子メール

|  |
| --- |
| 【質疑内容】 |

提出期限 ： 令和５年１０月３１日（火）午後５時まで

提出先 　： 高知県立幡多けんみん病院　担当　山田

ファクシミリ　：０８８０－６６－２１１１

電子メール　：620108@ken.pref.kochi.lg.jp

（様式３）

高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザル

参加申込書

令和　　年　　月　　日

高知県立幡多けんみん院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザルに参加したいので、高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、下記資料を添付のうえ参加を申し込みます。

記

* 誓約書 （様式４）
* 事業者概要書 （様式５）
	+ 会社案内等
* 事業実績一覧表 （様式６）

【連絡先】

担当者

電話番号

ファクシミリ

電子メール

（様式４）

誓　約　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県立幡多けんみん病院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づくプロポーザルに参加するにあたり、下記の欠格要件のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

(1) 高知県の物品購入等に係る競争入札参加資格者登録名簿に登録されている（もしくは契約締結時までに登録が予定されている）者であること。

(2) 令和５年10月1日現在、過去３年間に、医療法（昭和23年法律第205号）第１条の５に規定する病院のうち、200床以上かつ一般病床を有する医療機関に対する、滅菌業務の受託実績があること。

(3) 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。

(4) 「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。

(5) 「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。

(6) 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。

(7) 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ないこと。

(8) 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。

(9) 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。

（様式５）

事　業　者　概　要　書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 主たる業務分野 |

【添付資料】

1. 営業内容に資格・免許等が必要とされる場合には当該資格等の写しを添付してください。
2. 会社案内やパンフレット等の資料を添付してください（既存資料のままで結構です）。

（様式６）

事　業　実　績　一　覧　表

事業者名：

　　「高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザル募集要領」における「５資格要件」に示した、「200床以上かつ一般病床を有する医療機関に対する、滅菌業務の受託実績」の過去3年間の実績を記載してください。※数が多い場合等は複写または別様（様式自由）にてご記載下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（病院名） |  |
| 所在地 |  |
| 受託期間 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業の内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（病院名） |  |
| 所在地 |  |
| 受託期間 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業の内容 |  |

（様式７）

非　開　示　理　由　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県立幡多けんみん病院長　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・生じる支障の内容を具体的に記入してください。 |
|  |  |

（様式８）

高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザル

企画提案書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県立幡多けんみん病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表事業者）

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　高知県立幡多けんみん病院　滅菌業務委託公募型プロポーザルについて、下記のとおり企画を提案します。

記

１　　業務受託実績

２　　滅菌業務実施の基本的姿勢

３　　業務実施体制

４　　バックアップ体制

５　　病院運営への貢献

６　　見積書

【連絡先】

担当者

電話番号

ファクシミリ

電子メール