高知県立幡多けんみん病院　病院情報システム更新に関する

アドバイザリー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 | 質疑書 |
| ２ | プロポーザル参加申込書 |
| ３ | 誓約書 |
| ４ | 事業者概要書  【添付資料】  会社案内等 |
| ５ | 事業実績一覧表 |
| ６ | 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） |
| ７ | 企画提案書表紙 |

（様式１）

高知県立幡多けんみん病院　病院情報システム更新に関する

アドバイザリー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３年５月１１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２）

高知県立幡多けんみん病院　病院情報システム更新に関する

アドバイザリー業務委託公募型プロポーザル

参加申込書

平成　　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　病院情報システム更新に関するアドバイザリー業務委託　　　　　　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　病院情報システム更新に関するアドバイザリー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３）
* 事業者概要書 （様式４）
  + 会社案内等
* 事業実績一覧表 （様式５）

【連絡先】

担当者

電話番号

ファクシミリ

電子メール

（様式３）

誓　約　書

平成　　　　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　病院情報システム更新に関するアドバイザリー業務委託　　　　　　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） 高知県における「令和３～５年度競争入札参加資格者登録名簿（物品購入等関係）」に登載されている（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３年４月1日現在、過去５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、300床以上かつ一般病床を有する医療機関に対する、病院情報システムの調達、更新支援業務の実績があること。

（３）令和３年４月１日現在、過去３年間に国又は自治体の病院情報システムに関する調査業務を行った実績があること。

（４）地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４の規定に該当しない者であること。

（５）この募集開始の日から当該事業の提案書の提出の日までの間に、高知県物品購入等関係指名停止要領（平成７年12月高知県告示第638号）に基づく指名停止等の措置を受けていない者であること。

（６）「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」に基づき、高知県から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号に規定する排除措置対象者に該当しないこと

（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いないこと。

（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４）

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５）

事　業　実　績　一　覧　表

事業者名：

　　「高知県立幡多けんみん病院　病院情報システム更新に関するアドバイザリー業務委託　　　　　　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、「300床以上かつ一般病床を有する医療機関に対する、病院情報システムの調達、更新支援業務の実績」の過去５年間における実績、「国又は自治体の病院情報システムに関する調査業務を行った実績」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 | 平成　　　　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 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業の内容 |  |

（様式６）

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７）

高知県立幡多けんみん病院　病院情報システム更新に関する

アドバイザリー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　病院情報システム更新に関するアドバイザリー業務委託　　　　　　公募型プロポーザル業務について、下記のとおり企画を提案します。

記

１　　事業実績

２　　業務の実施方法

３　　実施体制及びスケジュール

４　　見積書

【連絡先】

担当者

電話番号

ファクシミリ

電子メール