様式1

**プロポーザル応募届**

●●●●年●●月●●日

町田市病院事業管理者　　近藤　直弥　様

プロポーザルに参加したいので応募します。

|  |
| --- |
| **【件名】　町田市民病院　病院情報システム運用管理業務委託契約** |
| **【受付番号】（東京電子自治体共同運営の電子調達サービスの受付票に記載されている10桁の番号）**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **【商号又は名称】** |
| **【所在地】** |
| **【代表者氏名または契約代理人氏名】** |
| **【添付書類】**参加要件資料・契約書の写し、登記簿謄本、法人税納税証明書（その１）、  法人事業税納税証明書 |
| **【担当者名】** |
| **【連絡先電話番号】** |
| **【ＦＡＸ番号】** |
| **【メールアドレス】** |
| **【ＵＲＬ】** |

※【代表者氏名】欄の印は、電子調達サービスの受付票に押印してあるものと同じものを押してください。

様式2

**参加要件資料**

●●●●年●●月●●日

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者名 |  |

１．会社概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過去２年間の  平均売上高  (損益計算書) | 直前期総売上高（ａ） |  |  |  |  |  |  |  |  | 千円 |
| 前々期総売上高（ｂ） |  |  |  |  |  |  |  |  | 千円 |
| 年間平均売上高=(a+b)÷２ |  |  |  |  |  |  |  |  | 千円 |
| 営業年数 | 明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年間 | | | | | | | | | |
| 従業員数 | 人 | | | | | | | | | |
| 会社理念 |  | | | | | | | | | |
| 医療情報技師当院への配置  医療情報技師の当院への配置に関しては、どちらかに○をしてください。 | 可能　　　　　不可 | | | | | | | | | |

２．会社の実績

1. 主要業務の実績（過去３年間の病床数４００床以上の医療機関において、病院情報システム運用業務受託の実績）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託件数 | | 件 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 業  務  実  績 | 業 務 名 |  | | | | | |
|
| 発注病院名 |  | 病床数 | | | 床 | |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 業務内容 |  | | | | | |
|
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
|  | |  | | | | | |
| 業  務  実  績 | 業 務 名 |  | | | | | |
|
| 発注病院名 |  | 病床数 | | | 床 | |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 業務内容 |  | | | | | |
|
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
|  |  |  | |  |  |  |  |
| 業  務  実  績 | 業 務 名 |  | | | | | |
|
| 発注病院名 |  | 病床数 | | | 床 | |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 業務内容 |  | | | | | |
|
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|
| ｼｽﾃﾑ名 |  | メーカー | | |  | |
|

**質疑書**

様式3

●●●●年●●月●●日

町田市病院事業管理者　　近藤　直弥　様

以下のとおり質問がありますので、回答をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **【件名】　町田市民病院　病院情報システム運用管理業務委託契約** | |
| **【商号又は名称】** | |
| **【所在地】** | |
| **【代表者氏名または契約代理人氏名】** | |
| **【担当者名】** | **【電話】** |
| **【質問内容】** | |

　※質問は、簡潔にお願いいたします。また、質疑回答書には原文のまま掲載しますので、誤字･脱字に

ご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

様式4

**提案書**

●●●●年●●月●●日

町田市病院事業管理者　　近藤　直弥　様

下記のとおり、提出します。

記

|  |
| --- |
| **【件名】　町田市民病院　病院情報システム運用管理業務委託契約** |
| **【受付番号】（東京電子自治体共同運営の電子調達サービスの受付票に記載されている10桁の番号）**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **【商号又は名称】** |
| **【所在地】** |
| **【代表者氏名または契約代理人氏名】** |
| **【添付書類】企画書（指定部数）、費用見積書、契約書の写し** |
| **【担当者名】** |
| **【連絡先電話番号】** |
| **【ＦＡＸ番号】** |
| **【メールアドレス】** |
| **【ＵＲＬ】** |

※整理番号欄には、何も記入しないでください。

※【代表者氏名】欄の印は、電子調達サービスの受付票に押印してあるものと同じものを押してください。

**管理責任者の実績**

様式5

　配置予定の管理責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| 経験年数 | 年　（病床数400床以上の病院情報システム業務経験年数） | | |
| 資格 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業  務  実  績 | 業 務 名 |  | | | | |
|
| 発注病院名 |  | | 病床数 | 床 | |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 業務内容 |  | | | | |
|
|
| 主なｼｽﾃﾑ名 |  | | メーカー |  | |
|
| 主なｼｽﾃﾑ名 |  | | メーカー |  | |
|
|  | |  | | | | |
| 業  務  実  績 | 業 務 名 |  | | | | |
|
| 発注病院名 |  | | 病床数 | 床 | |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 業務内容 |  | | | | |
|
|
| 主なｼｽﾃﾑ名 |  | | メーカー |  | |
|
| 主なｼｽﾃﾑ名 |  | | メーカー |  | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| 業  務  実  績 | 業 務 名 |  | | | | |
|
| 発注病院名 |  | | 病床数 | 床 | |
| 契約期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 業務内容 |  | | | | |
|
|
| 主なｼｽﾃﾑ名 |  | | メーカー |  | |
|
| 主なｼｽﾃﾑ名 |  | | メーカー |  | |
|