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 | 　 |
|