プロポーザル参加申込書

業務名：

京都第二赤十字病院　医療情報システム更新・導入支援業務

　標記業務のプロポーザル参加資格を満たしておりますので、本件仕様書、プロポーザル説明書を熟読のうえ、関係書類を添えて提出いたします。

　　年　　月　　日

京都第二赤十字病院

院長　小林　裕　様

（参加表明者）

所　　在　　地

商号または名称

代　表　者　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 職・氏名 | （フリガナ） |
| 所在地 | 〒 |
| 電話／FAX | ／ |
| E-mail |  |

見　積　書

業務名：

京都第二赤十字病院　医療情報システム更新・導入支援業務

　　　　標記業務支援を、プロポーザル説明書等に定められた事項を承諾の上、

　　　下記の金額により見積もりいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※上記金額は消費税等10％を除いた額です。

　　　年　　　月　　　日

　京都第二赤十字病院

院長　小林　裕　様

　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　（職・氏名）

見　積　書（内訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 総括責任者 | 主任担当者 | その他 | 合計 |
| 単価 |  |  |  |  |
| 要求フェーズ（人工） |  |  |  |  |
| 計画フェーズ（人工） |  |  |  |  |
| 選定フェーズ（人工） |  |  |  |  |
| 導入フェーズ（人工） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

※記載する項目が足りない場合は追加してください。

会　社　概　要

年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社名 | |  | | | | | |
| 所在地 | 本社等 |  | | | | | |
| 本業務を委託する支社等 |  | | | | | |
| 支店・営業年数 | |  | | | | | |
| 創設年・開設年 | | 年（創業　　　年目） | | | | | |
| 資本金 | | 千円 | | | | | |
| 経営状況 | 年度 | 2021 | | 2022 | | 2023 | |
| 売上 | 千円 | | 千円 | | 千円 | |
| 経常損益 | 千円 | | 千円 | | 千円 | |
| 常勤従業員数 | | 技術職 | 事務職 | | その他 | | 合計 |
| 人 | 人 | | 人 | | 人 |
| うち有資格者の状況  （例）  ・医師等の国家資格  ・医業経営コンサルタント等  ・上級医療情報技師 | | 本業務に関連する資格の名称及び人数を記入 | | | | | |
|  | | | | | |
| その他特記事項 | |  | | | | | |

業 務 受 託 実 績 書

会社名【　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 例 | | Ｎｏ.１ | | Ｎｏ.２ | | Ｎｏ.３ | | Ｎｏ.４ | |
| １．病院名  　　（所在地） | 〇×△病院  （京都府京都市） | |  | |  | |  | |  | |
| ２．病床数 | 667床 | |  | |  | |  | |  | |
| ３．医療情報システム更新・導入支援業務 | 要求フェーズ |  | 要求フェーズ |  | 要求フェーズ |  | 要求フェーズ |  | 要求フェーズ |  |
| 計画フェーズ | ○ | 計画フェーズ |  | 計画フェーズ |  | 計画フェーズ |  | 計画フェーズ |  |
| 選定フェーズ |  | 選定フェーズ |  | 選定フェーズ |  | 選定フェーズ |  | 選定フェーズ |  |
| 導入フェーズ | 〇 | 導入フェーズ |  | 導入フェーズ |  | 導入フェーズ |  | 導入フェーズ |  |
| ４．上記３の受託期間 | 令和5年7月～  令和5年12月 | |  | |  | |  | |  | |
| ５．上記３の選定方法 | 公募型プロポーザル | |  | |  | |  | |  | |
| ６．上記３の総括責任者 | ○○ | |  | |  | |  | |  | |
| ７．上記３の主任担当者 | ○○ | |  | |  | |  | |  | |
| ８．備考 |  | |  | |  | |  | |  | |

※プロポーザル説明書の４（３）に該当する実績のみを記載してください。

※「２．病床数」の欄については、受託時における病院の許可病床数を記載してください。

※「５．上記３の選定方法」の欄については、「一般競争入札、指名競争入札、公募型・指名型プロポーザル、随意契約」のいずれかを記載してください。

※実績が4件以上ある場合は本様式をコピーし、ページ番号を付けて添付してください。なお、記載できる件数は8件以内です。

業 務 実 施 体 制 書

１．配置予定者一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名・年齢・役職 | 実務経験年数 | 担当業務 |
| 総括責任者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 主任担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
|  | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
|  | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
|  | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |

※担当業務は本案件でどのような業務を担当するか記載してください。

※記載する枠が足りない場合は追加してください。

２．配置予定者調書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名 | | 年齢 |
| 所属・役職 | | | |
| 実務経験年数 | | 勤務年数 | |
| 保有資格  ・（　　　　　　　　　　　）　取得年月日：　　　 　　 年 月　　 日  ・（　　　　　　　　　　　）　取得年月日：　　　　　　年 月　　　日  ・（　　　　　　　　　　　）　取得年月日：　　　　　　年　　　月　　　日  ・（　　　　　　　　　　　）　取得年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 同種業務の実績（本件に関連する業務のみ）  病院名、病床数、業務内容、担当した際の役割、担当期間（時期）を記載すること。 | | | |
| 受け持っている他業務の有無（提案書提出日現在）  有　・　無  （有の場合はその業務内容、契約の相手方、履行期間を記載すること。今後、担当予定も含む） | | | |

※配置予定者全員分の調書を作成してください。

※勤務年数は現在の会社での勤務年数を記載してください。

※実績等で本様式に記載しきれない場合、様式は問いませんので別途作成し添付してください。

３．業務実施体制図

※様式は問いませんが、可能な限り簡潔に記載してください。

　　年　 　月　　日

京都第二赤十字病院

院長　小林　裕　様

「医療情報システム更新・導入支援業務」プロポーザルに関する質疑書

会社名

担当部署

担当者名

TEL

FAX

E-mail

（全　　枚のうち　　枚）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 資料名称  ・項番 | 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |  |  |

【留意事項】

　1　質疑受付期間　令和6年4月24日（水）～令和6年5月2日（木）15時まで

※　期限を過ぎたものは受け付けません。

　2　この様式を添付ファイルとし、次のメールアドレスに送信してください。

joho@kyoto2.jrc.or.jp

　3　メールの標題は、「医療情報システム更新・導入支援業務（事業者名）」

としてください。

　4　回答　令和6年5月9日(木)に回答します。

　5　質問項目が多い場合は、当様式を適宜複写して利用ください。