【様式１】

参考資料等貸与申請書

　令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人さんむ医療センター

理事長　坂本　昭雄

（事業者）所 在 地

事業者名

代 表 者　役職名

氏　名

診療報酬施設基準等検討業務に係る公募方プロポーザルにおける提案書の作成に伴い、参考資料等の貸与について、下記の貸与条件に同意のうえ、申請します。

記

１．貸与資料

２．貸与期間

令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで

３．貸与条件

（１）診療報酬施設基準等検討業務に係る公募方プロポーザルにおける提案書の作成等の参考とする以外の目的で利用しないこと。

（２）貸与資料で知り得た情報は他へ漏らさないこと。

（３）貸与資料を使用する者に対し、この資料により知り得た情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用しないよう、必要かつ適切に監督を行うものとする。

また、本プロポーザルが終了した後においても、同様とする。

（４）貸与資料について盗難、漏えい、不正な利用等の事故が生じたとき、又は生じるおそれがあることを知ったときは速やかに事務局へ報告すること。また、本プロポーザルが終了した後においても、同様とする。

【様式２】

質問書

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人さんむ医療センター

理事長　坂本　昭雄

　「診療報酬施設基準等検討業務」について、次の事項を質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質問事項 | 質問内容 |
| 例 | 企画提案書  （任意様式） | 企画提案書（任意様式）に枚数制限はありますか。 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署及び  担当者氏名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| メールアドレス |  |

※１）記入欄が不足するときは、適宜表を加工してください。

※２）№の数字は質問の通し番号とし、２通目以降は書き換えてください。

【様式３】

参加表明書

診療報酬施設基準等検討業務に係る公募型プロポーザルへの参加について、募集要項等の記載内容について承諾のうえ、申し込みをいたします。

なお、当社は募集要項に掲げる参加者の要件を全て満たしていることを誓約します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人さんむ医療センター

理事長　坂本　昭雄

（提出者）

所在地

事業者名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

（担当者）

職・氏名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

【様式４】

企画提案書

診療報酬施設基準等検討業務に係る公募型プロポーザルについて、添付のとおり企画提案書を提出します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人さんむ医療センター

理事長　坂本　昭雄

（提出者）

所在地

事業者名

代表者職・氏名

（担当者）

職・氏名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

※ 提出者の押印は不要です。

【様式５】

事業者概要書

（令和４年７月１日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 | （フリガナ） |
|  |
| 代表者  職・氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 本社所在地 |  |
| 契約事業所所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 事業所数 |  |
| 従業員数 | 人 |
| 業務概要 |  |

（添付書類）

・定款、規約、会則等その他これらに類する書類の写し

・団体等紹介パンフレット等

・法人の場合は、法人登記履歴事項全部証明書（発行後３か月以内の原本）

※その他必要と認める場合、上記以外の書類等の提出を求める場合があります。

【様式６】

業務執行体制調書

　本業務を受託した場合の執行体制は、次のとおりです。

■構成員と役割

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 所属・役職 | 資格等 | 本業務での  役割 | 現在担当して  いる業務数  （予定含む） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

■本業務の執行体制で特に重視する事項等

|  |
| --- |
|  |

※上記に記載できない場合は、任意様式にて提出すること。

【様式７】

業務実績書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契約相手方 | 業務名 | 業務概要 | 履行期間 |
| 契約金額 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
| （その他特筆すべき事項） | | | |

※１）実績は元請けとして契約したもので、履行期間中の業務を含めます。

※２）業務内容は、業務実績が確認できるよう具体的に記入してください。

※３）記載した業務の履行実績を証する書類の写し（契約書、仕様書等）を添付してください。

※４）その他特記すべき事項は、該当事項が有る場合に記入してください。

【様式８】

担当者連絡先

診療報酬施設基準等検討業務委託公募型プロポーザルに関する企画提案書等の担当者連絡先について、下記のとおり提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（所属） |  |
| 担当者  役職・氏名（ふりがな） |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 備考 |  |

※本プロポーザルに係る問合せ先、通知等の送付先となる方をご記入ください。

【様式９】

プロポーザル参加辞退届

令和　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人さんむ医療センター

理事長　坂本　昭雄　　様

　令和　　年　　月　　日に参加表明しました「診療報酬施設基準等検討業務」に係るプロポーザルについて、下記理由により辞退します。

|  |
| --- |
| （辞退理由） |

（提出者）所 在 地

事業者名

代 表 者　役職名

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印