高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託

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 | 説明会参加申込書 |
| ２ | 質疑書 |
| ３ | 参加申込書 |
| ４ | 誓約書 |
| ５ | 事業者概要書  【添付資料】  会社案内等 |
| ６ | 事業実績一覧表 |
| ７ | 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） |
| ８ | 企画提案書 |
| ９ | 主たる担当者経歴書 |

（様式１）

高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託

公募型プロポーザル説明会参加申込書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

高知県立あき総合病院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託

公募型プロポーザル説明会に参加します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役　職　名 | 氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

E-mail

（様式２）

高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託

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

FAX

E-mail

|  |
| --- |
| 【質疑内容】 |

提出期限： 令和７年４月２１日（月）午後５時まで

提出先　： 高知県立あき総合病院　担当　矢野・前田

FAX　　　：０８８７－３４－２６８７

E-mail　　：620103@ken.pref.kochi.lg.jp

（様式３）

参加申込書

令和　　年　　月　　日

高知県立あき総合病院長　前田博教　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、病院情報システム更新に関するコンサルティング委託業務に関するプロポーザルに参加を申し込みます。

また、募集要領で定められた資格要件を全て満たすことを誓約します。

なお、申込みに際して、下記資料を添付します。

記

【添付書類】

* 誓約書 （様式４）
* 事業者概要書 （様式５）
  + 会社案内等
* 事業実績一覧表 （様式６）
* 主たる担当者経歴書 （様式９）

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

E-mail

（様式４）

誓　約　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県立あき総合病院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング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６年度から令和８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）過去５年以内に、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、国もしくは自治体の医療機関における病院情報システムの調達もしくは更新支援業務に係るコンサルティング業務を受託し、業務を完了した実績があること。そのうち２７０床以上の国もしくは自治体の医療機関に対する業務完了実績が１件以上あること。

（３）過去５年以内に、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、国もしくは自治体の医療機関におけるネットワークに係るコンサルティング業務を受託し業務を完了していること。そのうち２７０床以上の国もしくは自治体の医療機関に対する業務完了実績が１件以上あること。この実績は、上記（２）に含まれる場合も可とする。

（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）（調達前に最新のものを要確認。）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者であること。

（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５）

事　業　者　概　要　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 | |  | |
| 所在地 | | 〒 | |
| 代表者　職・氏名 | |  | |
| 設立年月 | |  | |
| 資本金 | |  | |
| 従業員数 | |  | |
| 【主たる業務分野】 | | | |
| 参  加  要  件 | 高知県の令和６年度から令和８年度競争入札参加資格者登録名簿（物品購入等関係）への登録 | | ない・ある |
| 登録なしの場合：登録予定年月　　令和　　年　　月 | |
| 地方自治法施行令第167条の４の規定する者に該当 | | ない・ある |
| 高知県物品購入等関係指名停止要領に基づく指名停止中 | | ない・ある |
| 「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」に基づく入札参加資格停止措置を受けた者または同規程第２条第２項第５号に掲げる排除措置対象者に該当 | | ない・ある |

【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６）

事　業　実　績　一　覧　表

事業者名：

　　「高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託公募型プロポーザル実施要領」における「７資格要件」に示した、「２７０床以上の病床を有する国もしくは自治体の医療機関に対する、医療情報システム更新支援に関するコンサルティング業務」及び「２７０床以上の病床を有する国もしくは自治体の医療機関に対する、ネットワークに係るコンサルティング業務」の過去５年間における実績を記載してください。

※２７０床以上の病床を有する国もしくは自治体の医療機関に対する、医療情報システム更新支援に関するコンサルティング業務及びネットワークに係るコンサルティング業務は、各３件以上ある場合は少なくとも各３件は記載してください。

※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 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業の内容 |  |

（様式７）

非　開　示　理　由　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県立あき総合病院長　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８）

高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務委託公募型プロポーザル企画提案書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県立あき総合病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表事業者）

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　高知県立あき総合病院　病院情報システム更新に関するコンサルティング業務について、下記のとおり企画を提案します。

記

１　　本院における医療情報システム更新に対する考え方

２　　事業実績

３　　業務の実施方法

４　　実施体制及びスケジュール

５　　経費見積書

６　　その他の提案

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

E-mail

（様式９）

主たる担当者経歴書

　本業務を遂行する主たる担当者について、氏名、所属部署、役職、経験年数、専門分野、職歴、資格等を次表に記載してください。

　主たる担当者については、本業務の担当分野を記載し、必要に応じて、人数分の表を追加してください。

　責任者及び主たる担当者、その他担当者が、上級医療情報技師あるいは情報処理安全確保支援士試験の資格を有している場合、その資格を必ずご記入ください。

（主たる担当者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本業務の担当分野 |  | | |
| 氏名 |  | 所属部署 |  |
| 役職 |  | 経験年数 |  |
| 専門分野 |  | | |
| 職歴 |  | | |
| 資格等 |  | | |

※経験年数は、病院事業に係る医療情報システム更新支援に関するコンサルティング業務の経験年数（別会社の経験を含む）を記入すること。

※資格等は、医療経営コンサルタント、医療情報技師、上級医療情報技師、医療経営士、医療経営管理士、情報処理安全確保支援士試験等、本業務に関連する資格等を記載すること。