阿蘇医療センター医療事務等業務委託事業に係るプロポーザル

**提出書類　様式集**

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　住所　　〒

　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

参　加　申　込　書

　阿蘇市病院事業が実施する「阿蘇医療センター医療事務等業務委託事業」に係るプロポーザルへ参加を希望しますので申請します。

　なお、「阿蘇医療センター医療事務等業務委託事業プロポーザル実施要領」の５項「参加資格」の全てについて要件を満たしていることを誓約します。市の事後審査において、要件が満たされていないと判断された場合は、失格となることに承諾します。

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署・役職 |  |
| 担当者指名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| ｅ－ｍａｉｌ |  |

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　住所　　〒

　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　　　　　　　　　　E-mail

辞　　退　　届

　阿蘇医療センター医療事務等業務委託事業に係るプロポーザル実施要領に基づき、提出書類等を提出しましたが、都合により辞退します。

【辞退理由】

|  |
| --- |
|  |

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ

質　　問　　書

　阿蘇医療センター医療事務等業務委託事業に係るプロポーザル実施要領に関して、以下のことについて質問しますので回答願います。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ | 質問内容 |
|  |  |

※ページ欄に「実施要領　Ｐ．○○」等、分かりやすく記入してください。

※枠が足りない時は、枠を増やす、または別表を添付してください。

（様式第４号）

**会　社　概　要　書**

【会社概要】

|  |  |
| --- | --- |
| 称号または名称 |  |
| 代表者職氏名 | （職名） | （氏名） |
| 所在地 |  |
| 設立年月日 |  | 資本金 |  |
| 主な事業 |  |
|  |
|  |
|  |
| 九州内（沖縄県を除く）に設置しているSPDセンター | 設置場所住所 | 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

【本業務の担当を予定している部署】

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 | （職名） | （氏名） |
| 所在地 |  |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

（様式第５号）

**プロポーザル参加者の同種業務の実績**

商号又は名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 発注機関名 | 契約期間 | 病床数 | 業務名・業務概要 | 契約金額 |
| １ |  | ～ |  | 【業務名】 |  |
| 【業務概要（規模・内容や技術的特徴について）】 |
| ２ |  | ～ |  | 【業務名】 |  |
| 【業務概要（規模・内容や技術的特徴について）】 |
| ３ |  | ～ |  | 【業務名】 |  |
| 【業務概要（規模・内容や技術的特徴について）】 |

(注１)　 業務実績は、令和６年（2024年）11月1日時点において、過去３年間で、許可病床50床以上の医療事務業務受託実績があるものを記載すること。

また、医療事務等業務とは、次の業務を含むものとする。

(ｱ) 受付業務　(ｲ)会計・収納業務　(ｳ)診療報酬請求業務　(ｴ)電話対応業務

(ｵ)診療録管理業務　(ｶ)医療秘書業務　(ｷ)入退院受付業務

（様式第６号）

**提案書提出書**

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　　甲　斐　豊　　宛

住　所

事業者名

代表者氏名

阿蘇医療センター医療事務等業務委託事業プロポーザル実施要項に基づき、提案書及び関係書類を提出します。

なお、提案書及び関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約いたします。

* 会社概要書（様式第４号）
* プロポーザル参加者の同種業務の実績（様式第５号）
* 参考見積書（様式第８号）及び参考見積書に記載される見積価格に対応した業務費内訳書
* 提案書（様式自由）

|  |
| --- |
| 連絡先 |
| 担当部署名 | : |  |
| 担当部署住所 | : |  |
| 担当者名 | : |  |
| 電話番号 | : |  |
| ファックス | : |  |
| 電子メール | : |  |

（様式第７号）

**業務実施体制調書**

|  |
| --- |
| 事業者名　　： |
| 役割 | 氏名・年齢・所属 | 実務経験年数・資格 | 担当する業務内容 |
| 業務責任者 | 氏名　　　　　　　　（　　歳）所属　　　　　　　　 | 実務経験年数　　　　　　　年資格・・ |  |
| オペレーター | 氏名　　　　　　　　（　　歳）所属　　　　　　　　 | 実務経験年数　　　　　　　年資格・・ |  |
| 手術室責任者 | 氏名　　　　　　　　（　　歳）所属　　　　　　　　 | 実務経験年数　　　　　　　年資格・・ |  |
| 担当者 | 氏名　　　　　　　　（　　歳）所属　　　　　　　　 | 実務経験年数　　　　　　　年資格・・ |  |
| 担当者 | 氏名　　　　　　　　（　　歳）所属　　　　　　　　 | 実務経験年数　　　　　　　年資格・・ |  |

（注１）配置を予定しているもの全員について記入すること。

（注２）業務責任者がオペレーターを兼任する場合、オペレーターの氏名・年齢・所属欄は「同上」と記載し、実務経験年数にはオペレーターとしての経験年数を記入すること。

（注３）記入欄が不足するときは、複写して作成すること。

（注４）資格については、本業務に関連することが分かるように記入すること。

（注５）実務経験年数は担当する業務における経験年数を記入すること。

（様式第８号）

**参　考　見　積　書**

　令和　　年　　月　　日

　阿蘇市病院事業管理者　（宛）

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

１　業務委託名

阿蘇医療センター医療事務等業務委託

２　見積価格

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(備考)

１　見積価格の有効数字直前に￥を付すこと。

２　見積価格は、見積もった契約希望金額の１１０分の１００に相当する金額を記載すること。

（参考様式）

業務費内訳書

業務委託名　　阿蘇医療センター医療事務等業務委託

商号又は名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工程・作業名 | 品質・形状等 | 数量 | 単価 | 金額 | 備考 |
| ○○○業務 |  |  |  |  |  |
| 　○○○作業費 |  |  |  |  |  |
| 　　業務責任者 |  | 名 |  |  |  |
| 　　従事者 |  | 名 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **中略** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ○○○業務 |  |  |  |  |  |
| 　○○○費 |  |  |  |  |  |
| 　　○○○料 |  | 回 |  |  |  |
| 　　○○○代 |  | 日 |  |  |  |
| **業務価格計** |  |  |  |  |  |
| 消費税及び地方消費税相当額 |  |  |  |  |  |
| **業務費計** |  |  |  |  |  |

※　一式といった記載のみでなく、その見積もった内訳をできる限り詳細に記載すること。