高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務

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 | 質疑書 |
| ２ | 参加申込書 |
| ３ | 誓約書 |
| ４ | 法人概要書【添付資料】会社案内等 |
| ５ | 事業実績一覧表 |
| ６ | 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。） |
| ７ | 企画提案書 |
| ８ | 統括責任者等経歴書 |

（様式１）

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務

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

電子メール

|  |
| --- |
| 【質疑内容】 |

提出期限 ： 令和７年３月25日（火）午後３時まで

提出先 　： 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　経営企画課　隅田

FAX　：　０８８－８３７－６７６６

電子メール　：　keiei@khsc.or.jp

（様式２）

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務

公募型プロポーザル　参加申込書

令和　　年　　月　　日

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　病院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務公募型プロポーザルに参加したいので、高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務公募型プロポーザル募集要領に基づき、下記資料を添付のうえ参加を申し込みます。

記

* 誓約書 （様式３）
* 法人概要書 （様式４）

会社案内等

* 事業実績一覧表 （様式５）

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

電子メール

（様式３）

誓　約　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　病院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務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）　高知県の物品購入等に係る競争入札参加資格者登録名簿に登録されている（若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）　令和７年３月1日現在、過去５年間に、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、一般病床数が400床以上の公的医療機関（DPC対象病院に限る。）に対する経営改善に関する支援業務の実績があること。

（３）　地方自治法施行令第167条の４の規定に該当しない者であること。

（４）　「高知県物品購入等関係指名停止要領」に基づき指名停止等の措置を受けていない者であること。

（５）　「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ていないこと又は同規程第２条第２項第５号に掲げる排除措置対象者に該当しない者であること。

（６）　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。

（７）　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。

（様式４）

法　人　概　要　書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 主たる業務分野 |

【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。

（様式５）

事　業　実　績　一　覧　表

事業者名：

　　「高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務公募型プロポーザル募集要領」における「５資格要件」に示した、「400床以上の一般病床を有する公的医療機関（ＤＰＣ対象病院に限る。）に対する経営改善に関する支援業務」の過去５年間における実績を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（病院名） |  |
| 所在地 |  |
| 受託期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業の内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（病院名） |  |
| 所在地 |  |
| 受託期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業の内容 |  |

（様式６）

非　開　示　理　由　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　病院長　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県・高知市病院企業団情報公開条例第２条で準用する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７）

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務

公募型プロポーザル　企画提案書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表事業者）

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　高知県・高知市病院企業団立高知医療センター経営計画策定支援業務について、下記のとおり企画を提案します。

記

１　　事業実績

２　　業務の実施方法

３　　実施体制及びスケジュール

４　　経費見積書

５　　その他の提案

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

電子メール

（様式８）

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。

（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、病院事業に係る経営支援等業務の経験年数（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、医療経営士、医療経営管理士等、本業務に関連する資格等を記載すること。