様式１

企画提案者番号

**千葉県立病院診療材料等物流管理業務委託に係る企画提案書**

令和　　　年　　　月　　　日

千葉県病院局長　山崎　晋一朗　様

（応募者）

団体・企業名

所在地

代表者氏名

千葉県立病院診療材料等物流管理業務委託について、以下の事業について関係書類を添えて企画提案します。

1. 千葉県がんセンター診療材料等物流管理業務
2. 千葉県総合救急災害医療センター診療材料等物流管理業務
3. 千葉県こども病院診療材料等物流管理業務
4. 千葉県循環器病センター診療材料等物流管理業務

（１）から（５）の事業について、参加を希望しない事業は削除してください

1. 千葉県立佐原病院診療材料等物流管理業務

なお、関係書類に記載した事項は事実と相違なく、また、募集要項に定める応募資格を　　全て満たすことを誓約します。

（本企画提案に関する連絡先）

部署・職名

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

　様式２

**法人の概要**

企画提案者番号

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 直近の年間売上高 |  |
| 従業員数 |  |
| 法人の経営方針、戦略等 |  |
| 事業内容・全体の事業・事業のうち特に力を入れている分野・自信のある分野 |  |

　様式３

**業務実績書**

企画提案者番号

**診療材料等物流管理業務委託**

**募集要項「４　応募資格」の（７）関係**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 開設者 | 病床数 | 実施期間（○年間） |
|  |  |  | 　　年　　月～　　年　　月（　　年間） |
|  |  |  | 　　年　　月～　　年　　月（　　年間） |
|  |  |  | 　　年　　月～　　年　　月（　　年間） |
|  |  |  | 　　年　　月～　　年　　月（　　年間） |
|  |  |  | 　　年　　月～　　年　　月（　　年間） |

（記載方法）

１　病院の院内物品管理業務（預託型）の実施実績について、直近のものから順に記載すること。

２　病院名・開設者の実名を挙げられない場合には、「Ａ病院」等と記載すること。

３　実施期間は、令和３年度から令和７年度内にあれば現在実施中のものを記載してよい。

　様式４

**事業実施体制**

企画提案者番号

**診療材料等物流管理業務委託**

**募集要項「４　応募資格」の（８）関係**

（１）事業実施体制

|  |
| --- |
| ＊ 本業務を実施するにあたっての組織体制や人員配置の計画を記載してください。　 （図表等の使用も可）〔例〕　　　　　　　　業務従事者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　業務責任者診療材料担当医薬品業務担当平日常時○人体制常勤スタッフ ○名非常勤・パート○名常勤スタッフ ○名非常勤・パート○名平日常時○人体制 |

（２）業務責任者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 役　　職 |  | 経験年数 | 　　　　　年　　　月 |
| 所属部署 |  |
| 保有資格 |  |
| 主な経験 |  |
| 特記事項 |  |

※保有資格は、本事業実施に関係する資格を保有する場合に記載してください。

　様式５

令和　　年　　月　　日

団体目的等についての確認書

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

当該団体は、下記の事項に全て該当することを確認しました。

記

１　宗教活動や政治活動を主たる目的とした団体でないこと。

２　特定の公職者（候補者を含む）又は政党を推薦、支持、反対することを目的とした団体でないこと。

３　暴力団でないこと及び暴力団若しくは暴力団員の統制下にある団体でないこと。

注）　契約締結後、本確認書の内容と違う実態が判明した場合は、委託契約を解除し、すでに支払った委託費の返還を求めることがあります。

　様式６

**診療材料費削減見込額等積算書**

企画提案者番号

**診療材料等物流管理業務委託**

**募集要項「７　応募期限・方法等」の（３）⑦のウ関係**

1. Ｒ６購入実績額に基づく初年度削減見込額等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | Ｒ６購入額 | 初年度削減見込 | 2年目目標 | 3年目目標 |
| がんセンター | 1,272,774,077 | 　 | 　 | 　 |
| 総合救急災害医療センター | 900,643,255 | 　 | 　 | 　 |
| こども病院 | 　　719,625,440 | 　 | 　 | 　 |
| 循環器病センター | 1,292,086,173 | 　 | 　 | 　 |
| 佐原病院 | 304,563,024 | 　 | 　 | 　 |

＊応募する病院以外の欄は削除してください

＊初年度見込額は、Ｒ６実績に基づいた試算を金額又は％で記載してください

＊削減見込額、目標等は審査の目安とするものです

＊2年目・3年目は初年度を「上回る削減・同程度」や「初年度から○%程度削減」等の見込みを記載してください

　様式７

千葉県病院局 経営管理課 経営企画戦略室

診療材料等物流管理業務委託　担当宛

ＦＡＸ：０４３－２２５－９３３０

E-mail：byokikaku@mz.pref.chiba.lg.jp

令和　　年　　月　　日

**質　　問　　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 質問者連絡先 | 担当部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号（内線番号） |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| （内　容）令和7年10月７日の現地見学を希望する場合、希望する病院名に〇をつけてください。（　　）がんセンター　　（　　）総合救急災害医療センター（　　）こども病院　　　（　　）循環器病センター　　　　　（　　）佐原病院 |

※質問項目が複数ある場合は、質問ごとに1枚の質問書を作成すること。