　様式１

企画提案者番号

**千葉県立病院「県立病院医療提供機能強化事業」**

**業務委託企画提案書**

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「県立病院医療提供機能強化事業」業務委託について、関係書類を添えて　　企画提案します。

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

**千葉県立病院「県立病院医療提供機能強化事業」業務委託**

**募集要項・仕様書４（応募資格）の（７）関係）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注者 | 病床数 | 完了年月日 | 受託内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（記載方法）

１　募集要項・仕様書２（業務内容）に係るコンサルティングの受託実績について、直近のものから順に記載すること。

２　なお、受託実績のうち少なくとも１件は、自治体病院（病床規模200床以上）の受託案件であること。

３　発注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。

**千葉県立病院「県立病院医療提供機能強化事業」業務委託**

**募集要項・仕様書４（応募資格）の（８）関係）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注者 | 病床数 | 完了年月日 | 調整内容の概要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（記載方法）

１　病院からのコンサルティング受託にあたり、近隣医療機関等、他の医療機関や関係機関、あるいは医療従事者との調整実績について記載すること。

２　摘要欄に調整実績について内容の概要を記載すること。

３　発注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。

**千葉県立病院「県立病院医療提供機能強化事業」業務委託**

**募集要項・仕様書４（応募資格）の（９）関係）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発注者 | 会議名 | 意見、提言、調査等の内容（概要） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（記載方法）

１　病院からのコンサルティング受託にあたり、地域医療構想調整会議、保健医療計画、　　あるいは医療審議会等、他の医療機関との調整を伴う会議等において、意見・提言や必要な調査を行った実績について記載すること。

２　発注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。

　様式４

**事業実施体制**

企画提案者番号

（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〕  総括責任者  ○○班  ○△班  ○  ○  ○  ○　業務担当者  ○  業務担当者 |

（２）総括責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 年　　齢 | 才 |
| 役　　職 |  | 勤続年数 | 年　　　月 |
| 所属部署 |  | | |
| 保有資格 |  | | |
| 主な実績 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

※保有資格については、コンサルティングや業務管理指導に関する資格がある場合に記載すること。

　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

千葉県病院局 経営管理課 病院建設室

千葉県立病院「県立病院医療提供機能強化事業」業務委託　担当宛

ＦＡＸ：０４３－２２５－９３３０

E-mail：byoukei5@mz.pref.chiba.lg.jp

令和　　年　　月　　日

**質　　問　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | 概要 | |
| 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） | |

※質問項目が複数ある場合は、項目ごとに質問書を作成すること。