|  |
| --- |
| 様　式　１ |

平成　　　年　　　月　　　日

　県民健康プラザ鹿屋医療センター院長　殿

**参　　加　　表　　明　　書**

住　　　　　所

法　　人　　名

代表者職・氏名 　 　 印

　平成２９年１１月２日付けで募集がありました県民健康プラザ鹿屋医療センター医事業務委託プ

ロポーザルに参加することを表明します。

　なお，県民健康プラザ鹿屋医療センター医事業務委託プロポーザル実施要領の「４応募資格」に

掲げる要件をすべて満たしていることを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| 所　　　　　属 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |
| --- |
| 様　式　２ |

平成　　　年　　　月　　　日

　県民健康プラザ鹿屋医療センター院長　殿

**参　　加　　申　　込　　書**

住　　　　　所

法　　人　　名

代表者職・氏名 　 　 印

　県民健康プラザ鹿屋医療センター医事業務委託プロポーザル実施要領に基づき，下記の提出書類

を添えて，県民健康プラザ鹿屋医療センター医事業務委託プロポーザルへの参加を申し込みます。

記

１　提出書類

(1) 参加者概要（様式３）

(2) 入札参加資格審査結果通知書

(3) 医事業務実績調書（様式４）

(4) 医事業務に係る契約書の写し又は委託医療機関が発行する履行証明書（様式４の２）

(5) 提案書

(6) 見積書

２　提出部数

(1) 正本 ： １部

(2) 副本 ： １０部

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| 所　　　　　属 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |
| --- |
| 様　式　３ |

**参　　加　　者　　概　　要**

　 平成　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | | | | | |
| 住  所 | 本社 |  | | | | | |
| 支店・営業所 |  | | | | | |
| 法人創設・開設年月日 | |  | | | | | |
| 資本金 | | 千円 | | | | | |
| 売上高 | | 決算期：平成　　年　　月　～　平成　　年　　月  　　　　　　　　　　 千円 | | | | | |
| 経営成績 | | 営業利益： 千円  　経常利益： 千円  　税引前利益： 千円 | | | | | |
| 株主構成 | |  | | | | | |
| 従業員数 | | 正 社 員  人 | 派遣社員  人 | パ ート  人 | ｱﾙﾊﾞｲﾄ  人 | そ の 他  人 | 合　　計  人 |
| 医事業務に関する  有資格者の状況  ※ 資格名・人数を  記載のこと。 | |  | | | | | |
| その他特記事項 | |  | | | | | |
|

※　「住所」については，支店・営業所が参加者となる場合は，本社の住所も記載すること。

※　応募資格(７)を確認できる財務諸表などの資料を添付すること。

※　参加者の概要に関するパンフレット等の資料があれば添付すること。

|  |
| --- |
| 様　式　４ |

**医　事　業　務　実　績　調　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受託医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 |  |
| 診療科目 | （診療科数：　　） |
| 入院基本料７：１の取得時期 | 平成　　年　　月 |
| ＤＰＣ対象病院の取得時期等 | 平成　　年　　月  医療機関別係数： 　　　　（11月1日現在）  基礎係数：　　　　　　 暫定調整係数：  機能評価係数Ⅰ： 機能評価係数Ⅱ： |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 | 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |
| 受託業務の従業員体制 |  |
| その他特記事項 |  |
|

　 【記載上の留意事項】

　　１　「４応募資格(３)」に該当する医療機関との契約実績について，記載してください。

　　２　平成２８年４月以降に，複数の受託実績があるときは，医療機関別に作成してください。

　　　　なお，受託実績が多数ある場合は，鹿屋医療センターと最も類似する３医療機関について　　　　　作成してください。

３　医療機関以外は，鹿児島県内に所在する医療機関を下表に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受託医療機関の名称 | 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 様式４の２ |

**履　　行　　証　　明　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委託先業者 | 名　　　　　称 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 受託業務の内容 | |  |
| 受託期間 | | 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |

上記の内容に相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

住　　　所

医療機関名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 様　式　５ |

平成　　　年　　　月　　　日

質　　　問　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |
| --- |
| 【質問事項】 |
| 【内　 容】 |
|

※　質問書の受付期間：平成２９年１１月１３日（月）から平成２８年１１月２４日（金）まで

　 【提出先】

鹿屋医療センター　経営課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 :０９９４－４２－５１０１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号：０９９４－４２－７２５０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail　 ：kano-hos@pref.kagoshima.lg.jp