**（様式１）**

令和　　　年　　　月　　　日

　県立大島病院長　殿

参　加　表　明　書

所　 在　 地

商　　　　号

代表者職氏名 　 印

　県立大島病院医事業務委託プロポーザル実施要領に基づき，県立大島病院医事業務委託プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお，県立大島病院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）  　 所　属 職・氏名  　 所在地  　 電　話 ＦＡＸ  　 Ｅ－ｍａｉｌ |

**（様式２）**

令和　　　年　　　月　　　日

　県立大島病院長　殿

参　加　申　込　書

所　 在　 地

商　　　　号

代表者職氏名 　 印

　県立大島病院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立大島病院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) 鹿児島県の入札参加資格審査結果通知書（写し）

　 (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 ： １１部

|  |
| --- |
| （担当者）  所　属 職・氏名  所在地  電　話 ＦＡＸ  Ｅ－ｍａｉｌ |

**（様式３）**

**参　　加　　者　　概　　要**

　 令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | |
| 住  所 |  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 法人創設・開設年月日 | |  | | | | | |
|  | | 千円 | | | | | |
|  | | 決算期：　　　　年　　月　～　　　　　年　　月    千円 | | | | | |
|  | | ： 千円  　： 千円  　税引前利益： 千円 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | | 正 社 員    　　 　人 | 派遣社員  人 | パ ート  人 | 人 | そ の 他  人 | 合　　計  人 |
| ※ 資格名・人数を  記載のこと。 | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |

※　「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。

※　「４ 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**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | （診療科数：　　） |
|  | 平成・令和　　　　年　　月 |
|  | 平成・令和　　　　年　　月  医療機関別係数： 　　　　　（11月1日現在）  基礎係数：　　　　　　 ：  ： ： |
|  |  |
|  | 平成・令和　　年　　月　～平成・令和　　年　　月 |
|  |  |
|  |  |

　 【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　令和２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，県立大島病院と最も類似する３カ所の医療機関について作成してください。

　　　　３カ所の医療機関以外は，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。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 平成・令和　年　月　～平成・令和　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 |  |
|  | |  |
|  | | 平成・令和　　年　　月　～平成・令和　　年　　月 |

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

住　　　所

医療機関名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**（様式５）**

令和　　　年　　　月　　　日

　　　 　　　質　　問　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の商号 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |
| --- |
| （質問事項） |
| （内　　容） |

※　質問書の受付期間 令和３年１１月８日（月）から令和３年１１月２５日（木）１７時まで

　 　　　　　　　 提出先 県立大島病院　経営課

　 　 　　　　　　　 ０９９７－５２－９９５７

　 　 　　　　　　　　　Ｅ-mail ohp-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp