様式　１

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

大網白里市長　　様

郵便番号

住所又は所在地

　　　　　　 氏名又は名称

　　　　　　　　 代表者名 印

　　　　　　　　　 担当者　　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　 電　　話

　　　　　　　　　　　　　　 Ｆ Ａ Ｘ

大網白里市立国保大網病院におけるテレビ付床頭台システム設置運営事業者の選定に係る公募型プロポーザルに参加します。

添付書類

（１）誓約書（様式２）

　（２）会社概要（様式３）

（３）国税及び市税に係る納税証明書（発行後3か月以内のもの）

＜法人の場合＞

　　・法人登記簿（発行後3か月以内のもの）

　　・財務諸表書類の写し（直近のもの）

　　・使用印鑑届兼委任状（支店等が参加表明する場合）

　　＜個人の場合＞

　　・身分証明書

　　・登記されていないことの証明書（発行後3か月以内のもの）

　　・所得税確定申告書の写し（直近のもの）

※グループを構成し参加申込する場合、構成事業者分も併せて添付すること

グループ構成表明書

令和　　年　　月　　日

大網白里市長　　様

大網白里市立国保大網病院におけるテレビ付床頭台システム設置運営事業者の選定に係る公募型プロポーザルに関し、グループによる提案を行いますので、当グループの代表事業者及びグループ構成事業者を下記のとおり表明します。

|  |
| --- |
| グループ名： |
| 代表事業者 | 氏名または名称住所または所在地代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　担当業務　担当者連絡先　　　　氏　名所　属電話、ＦＡＸＥ－ｍａｉｌ |
| グループ構成事業者 | 氏名または名称住所または所在地代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　担当業務　担当者連絡先　　　　氏　名所　属電話、ＦＡＸＥ－ｍａｉｌ |

　なお、参加申込書及び提案書提出から契約締結までの間、グループ構成事業者は、代表事業者代表者に次の権限を委任します。

委任事項

１．本プロポーザルに係る参加申込書の提出について

２．本プロポーザルに係る提案書類等の提出について

３．本プロポーザルに係る大網白里市との連絡調整について

４．本プロポーザルに係る参加辞退について

様式　２

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

大網白里市長　　様

住所又は所在地

　　　　　　 　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　 　　代表者名 印

貴院におけるテレビ付床頭台等設置運営事業者の選定に係る公募型プロポーザルへの参加にあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

１　大網白里市立国保大網病院テレビ付床頭台等設置運営事業者実施要領の「３　参加資格」の要件の全てを満たしています。

２　提出した参加申込書に虚為又は不正はありません。

３　テレビ付床頭台等設置運営事業者に選定された場合には、企画提案書に記載した内容を誠実に実行します。

４　設置運営事業者に決定した場合、市ホームページに設置運営事業者名を掲載することに同意します。

様式　３

提案者の業務（会社）概要

|  |  |
| --- | --- |
| ①氏名又は名称 |  |
| ②代表者名 |  |
| ③設立年月日 |  |
| ④沿革 |  |
| ⑤資本金 |  |
| ⑥従業員数 | 正　社　員 |  |
| パート・アルバイト等 |  |
| ⑦本社（店）所在地（営業所所在地） | ※県内に営業所がある場合、（　）に所在地を記載願います。 |
| ⑧支店・店舗数 | 　　　　箇所（うち県内　　箇所） |
| ⑨業務内容 |  |
| ⑩他病院での事業実績 |
| 施　設　名 | 所　在　地 | 設置開始年月 | 設置台数等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　※　会社のパンフレットがあれば添付してください。

様式　４

国保大網病院テレビ付床頭台等設置運営業務に係る企画提案書

令和　　年　　月　　日

大網白里市長　　様

参加申込者　住所又は所在地

　　　　　　 氏名又は名称

　　　　　　　　 代表者名 印

　　　　　　　　　 担当者　　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　 電　　話

　　　　　　　　　　　　　　 Ｆ Ａ Ｘ

国保大網病院テレビ付床頭台等設置運営事業者選定に係る企画提案を本書のとおり提出します。

１　テレビ付床頭台等の仕様、事業スケジュール等

　　各機器について、新品、既存品または中古品の区分表記を必ず行うこと。

下記（１）～（10）の内容を網羅したものを別に添付する場合、「別紙のとおり」としても可。

（１）床頭台

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 台　数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（２）テレビ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | インチ数及び寸法（縦×横×奥行） | 台　数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（３）カードタイマー

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 備　　考 | 台　数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（４）冷蔵庫

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 備　　考 | 台　数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（５）金庫（セーフティーボックス）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 備　　考 | 台数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（６）ロッカー付ベッドサイドキャビネット

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 備　　考 | 台数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |  |

※提案する機器のカタログを添付すること。

（７）カード販売機、精算機

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 備　　考 | 台数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（８）洗濯機、乾燥機

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | メーカー名 | 型　番 | 寸法（縦×横×奥行） | 備　　考 | 台数 |
| 新品既存・中古 |  |  |  |  |  |

　※提案する機器のカタログを添付すること。

（９）事業開始までのスケジュール

|  |  |
| --- | --- |
| 時　　期 | 項　　　　目 |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |

２　提案詳細（機器等の性能）

　　利用料金の有無、及び利用料金が発生する場合の料金体系の記述は必須とする。

組み合わせて一体の機能を有する場合でも、各項目の記述を省略しないこと（内容の重複可）。

（１）全体のコンセプト

|  |
| --- |
| ・提案する事業全体の設備の組合せに係る考え方 |

（２）床頭台の機能・特徴

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（３）テレビの特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（４）カードタイマーの特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（５）冷蔵庫の特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（６）金庫の特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（７）ロッカー付ベッドサイドキャビネットの特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（８）カード販売機及び精算機の特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（９）洗濯機及び乾燥機の特徴・機能

|  |
| --- |
| ・募集要項に定める要求水準を満たすこと、及びこれを上回る機能や特徴がある場合、その内容についても記載すること。 |

（10）テレビイヤホンについて

　　　以下、提案にあてはまるものを〇すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〇を付す（複数可） | 区分 | 詳細 |
|  | 現状の手法 | ・イヤホンは利用者が購入・販売場所は院内売店または受付窓口。・病院が事業者へ品物を発注し、当月仕入分は翌月末までに支払（口座振込）。 |
|  | （上記の方式を一部又は全部採用することも含め）利用者の利便性向上又は病院事務の効率化を図る手法を提案 | ・入院時に無償提供 |
|  | ・イヤホン自動販売機を事業者負担（管理含む）で設置（設置場所は応相談） |
|  | （・その他の手法） |

３　患者への安全の配慮と衛生管理における取組

|  |
| --- |
| ・患者（特に高齢者、障がい者）への安全配慮・清掃、衛生管理、感染予防　※利用者（患者）退院時の清掃、消毒その他メンテナンスの考え方を必ず記述すること |

４　保守管理体制

|  |
| --- |
| ・保守要員の配置と教育体制（体制人数、組織図があれば資料として添付すること）・機器の保守、故障時の対応（以下の①～③は必ず記述・説明すること）①平日及び土曜・祝休日の体制②電話連絡後、当院までの到着予定時間　　③予備機または代替機の用意・手配・利用者からの問い合わせ、苦情等への対応方法　（連絡先の明示、一次対応する病院職員への必要なマニュアル作成・配布は必ず記述すること）・定期点検の回数、頻度の考え方 |

　注１）当院内に保守要員のための特定の待機場所は確保していない。また、予備機の保管場所も確保していない。

　注２）院内売店等の業務受託を前提とし、保守要員の常駐を記載する場合は「５　自由提案等」へ記述すること。

　　　　なお、その場合において納付金（率）の変更が生じる場合、必ずその影響額（率）も記述・説明を行うこと。

５　病院収益性

（１）収支見込　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | １年目 | ３年目 | ５年目 |
| 売　上　高 |  |  |  |
| 営業費用 | 人件費 |  |  |  |
| 光熱水費 |  |  |  |
| 使用料 |  |  |  |
| 販売管理費 |  |  |  |
| 減価償却費 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| その他諸経費等 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 営業利益 | 　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　 |

＜減価償却費の内訳＞

|  |  |
| --- | --- |
| 初期投資内訳 | 　　　　金額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 合　　　計 |  |
| 減価償却費 |  |

　※適宜項目の削除・追加をすること。

（２）納付金提案額（消費税及び地方消費税含）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 売　上　見　込　額 | 提　案　割　合 | 納 付 金 見 込 額 |
| 円 | ＜納付率の場合＞（現行税率時）　　　　　％（税率引上げ時）　　　　％＜1台当たり〇〇円の場合＞（現行税率時）　　　　　％（税率引上げ時）　　　　％ | 円円　　　　　　　　　　　円円 |

　※売上見込額及び納付金見込額は年間の見込金額とすること

（３）施設使用許可期間内に消費税及び地方消費税の改正（税率引上げ）がある場合の、プリペイドカードの料金体系等にかかる提案

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 改正前 | 改正後 |
| テレビ |  |  |
| 冷蔵庫 |  |  |
| 洗濯機 |  |  |
| 乾燥機 |  |  |
| 個室電話機 |  |  |
| その他 |  |  |

５　自由提案等

　　　その他、利用者サービスの向上を図るための自由提案、特記事項等があれば記載すること。（ただし、これまでの記載内容との重複がないこと。）

|  |
| --- |
|  |

様式　５

国保大網病院テレビ付床頭台等設置運営事業者選定に係る質問書

宛先　　〒299-3221

千葉県大網白里市富田８８４－１

　　　　　　大網白里市立国保大網病院　管理班

　　　　　　FAX　0475-72-1125

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 会社名等 |  |
| 住　　所 |  |
| 作成者の所属・氏名 |  |
| 電 話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |