（様式１）

　　　 令和　　年　　月　　日

　大分県立病院長　殿

参　加　表　明　書

所　 在 　地

商　　　　号

代表者職氏名 印

令和２年８月３１日付けで募集のありました大分県立病院医事業務等委託プロポーザルに参加の意思を表明します。

なお、大分県立病院医事業務等委託プロポーザル実施要領の３「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

　大分県立病院長　殿

参　加　申　込　書

所　 在 　地

商　　　　号

代表者職氏名 印

大分県立病院医事業務等委託プロポーザル実施要領に基づき、大分県立病院医事業務等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）提案者概要（様式３）

（２）登記事項証明書

　 （３）納税証明書

　 （４）同種業務実績調書（様式４）

　（５）同種業務に係る契約書の写し又は受託先医療機関が発行する履行証明書

（様式４の２）

　 （６）提案書（様式５）

　２　提出部数

正本 １部

副本 １０部

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

（様式３）

提　案　者　概　要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 本社等 |  | | | | | |
| 本業務を受託  する支社等 |  | | | | | |
| 創設年・開設年 | |  | | | | | |
| 資　本　金 | | 百万円 | | | | | |
| 売 　 上 | | 百万円 | | | | | |
| 株主構成 | |  | | | | | |
| 常勤従業員数 | | 正社員 | 派遣社員 | パート | ｱﾙﾊﾞｲﾄ | その他 | 合　計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 有資格者の状況 | | 本業務に関連する資格の名称及び人数を記入 | | | | | |
|  | | | | | |
| その他特記事項 | |  | | | | | |

※ 「売上」については、決算の確定した直近の事業年度分を記入すること。

※　参加者の概要に関する資料を添付すること。

※　応募資格(７)を確認できる資料を添付すること。

（様式４）

同 種 業 務 実 績 調 書

|  |  |
| --- | --- |
| 受託先医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 |  |
| ＤＰＣ対象病院となった時期 | 年　　月　　日 |
| ＤＰＣ準備病院となった時期 | 年　　月　　日 |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 |
| その他特記事項 |  |

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地

商　　　　号

代表者職氏名 印

［記載上の注意］

３応募資格（２）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。

同時期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。

（様式４の２）

履　行　証　明　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委託先業者 | 名　　　　称 |  |
| 所 　在 　地 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 委託業務の内容 | |  |
| 委託期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在　地

医療機関名

（医療機関コード番号　　　　　　　　　）

代表者氏名 　　 印

（様式５）

　　 令和　　年　　月　　日

提　　案　　書

所　 在 　地

商　　　　号

代表者職氏名 印

１　業務実施体制

（１）職員の配置及び管理体制について

① 人員配置計画

（具体的な人員配置計画について記載してください。）

　　②　人材確保の考え方、取組

（業務を遂行していくうえでどのように人材を確保していくのか、基本的な考え　　　　　方や取組内容について記載してください。）

　　③ 現場管理体制

（統括責任者等の資格と経歴、本社との連携体制及び職員の健康管理（感染症対　　　　　策等を含む）体制等について記載してください。）

（２）教育研修体制について

（職員の教育研修についての考え方や取組内容について記載してください。）

（３）個人情報保護及び情報セキュリティーについて

（個人情報保護や情報セキュリティーについての方針や対策について記載してく　　　　　ださい。）

２　診療報酬請求事務

（１）レセプト請求精度管理について

（レセプト点検や返戻、査定の防止及び削減、請求漏れ防止等についての考え方、取組内容について記載してください。）

（２）病院職員への情報提供について

（病院職員からの疑義照会への対応や、診療報酬制度等に係る職員への情報提供　　　　　等について記載してください。）

（３）診療報酬改定への対応について

（診療報酬改定への対応方針や、病院との連携方法等について記載してください。）

３　病院経営への貢献

（１）病院収益向上への貢献について

（病院収益向上への貢献についての基本的考え方、改善策の病院への提案方法等　　　　　について記載してください。）

（２）業務の効率化について

（業務の効率化についての基本的考え方や、取組内容について記載してください。）

４　患者満足度

（１）患者サービスの向上の取組について

（患者サービスの向上についての考え方や取組内容について記載してください。）

（２）苦情・トラブル発生の対応について

（苦情・トラブル発生時の対応方針等について記載してください。）

５　緊急時の対応

　　　　（これまでの経験を踏まえ、大規模災害発生等の緊急時の対応方針等について記載してください。）

６　新たな取組の提案

（「感染症発生時等の非常時における業務遂行」に関する取組（自宅待機になった場合に業務を継続するための方策等）及び、仕様書に記載されていない部分で　新たに提案したい内容を記載してください。）

７　委託に要する費用

（１）見積額

（委託期間の始期から終期までの総額を見積もってください。また、積算内訳書等、積算内容が確認できる書類を添付してください。）

（様式６）

　　 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 |
|  |

※　質問書の受付期間　令和２年８月３１日(月)～令和２年９月４日(金)まで

提出先 大分県立病院長医事・相談課医事班

ＦＡＸ 097-546-7310

Ｅ-mail takahashi-katsutoshi@pref.oita.lg.jp

（様式７）

　　　 令和　　年　　月　　日

　大分県立病院長　殿

辞　　退　　届

所　 在 　地

商　　　　号

代表者職氏名 印

令和２年　　月　　日に大分県立病院医事業務等委託プロポーザルに参加を申し込み　ましたが、都合により辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |