様式第１号

年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　様

**参加申出書兼参加資格確認申請書**

大分県立病院　第3期病院総合情報システム更新に係るコンサルティング業務委託に関するプロポーザルへの参加を申し込みます。

　なお，プロポーザル参加資格要件を満たしていること及び送付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

 会社名

 所在地

 代表者職氏名 印

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

様式第２号

年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　様

**参　加　辞　退　届**

大分県立病院　第3期病院総合情報システム更新に係るコンサルティング業務委託事業に関する

プロポーザルへの参加について辞退します。

 会社名

 所在地

 代表者 印

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

様式第３号

年　　月　　日

**プロポーザルに関する質問書**

|  |  |
| --- | --- |
| 社名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |

様式第４号

年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　様

（提出者）

 住所 ：

 電話番号 ：

 Eメール ：

 会社名 ：

 代表者 ： 印

**企　画　提　案　書**

業務名　：　大分県立病院　第3期病院総合情報システム更新に係るコンサルティング業務委託

　上記業務について、企画提案書を提出します。

様式第５号

|  |
| --- |
| **事　業　所　の　概　要** |
| 事業所名 |  |
| 本社住所 |  |
| 代表者 |  |
| 本件に関する連絡窓口 |  |
| 設立年月日 |  | 資本金 | 万円 |
| 従業員数 | 名 | 担当技術者数 | 名 |
| 売上高・経常利益 | [売上高][経常利益] |
| 主要株主 |  |
| 事業所の取得資格（取得年月日） |  |
| 事　業　内　容 |
| 事業者の概要を記載したパンフレット等があれば添付での代用可。 |

様式第6号

|  |
| --- |
| **業　務　履　行　体　制** |
| **役割** | **担当業務(役割)****の内容** | **予定者氏名** | **役職　／****専任・兼任の別** | **取得資格　／****取得年月日** |
| **統括担当者****（主担当者）** |  |  |  |  |
| **副任担当者** |  |  |  |  |
| **他担当者** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注）枠が不足する場合は、適宜挿入してください。

様式第7号

|  |
| --- |
| **業務履行体制（特に病院側（担当者、医療スタッフ）との役割分担、負担軽減策について）** |
|  |

様式第8号

|  |
| --- |
| **人員計画・予定スケジュール** |
| **業務項目** | **作業項目** | **延従事予定人員** |
|  |  | **総括**：　人日**副任**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | **総括**：　人日**副任**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | **総括**：　人日**副任**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | **総括**：　人日**副任**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | **総括**：　人日**副任**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  | **合　計** | **総括**：　人日**副任**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |
| **予定スケジュール** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

注）枠が不足する場合は、追加挿入して下さい。

様式第9号

|  |
| --- |
| **統　括　担　当　者　（　主　担　当　者　）　の　経　歴　等** |
| 氏名 |  | 生年月日（年齢） |  |
| 業務経験年数 |  |
| 取得資格 | [資格名：取得年月日] |
| 同種業務の実績　（直近順に記入、5件まで） |
| 業務名 | 業務概要 | 施設名病床数 | 履行期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注）枠が不足する場合は、適宜調整して下さい。

|  |
| --- |
| **統　括　担　当　者　の　同　種　業　務　の　実　績　詳　細　例** |
| 業務名称 | 発注施設名、病床数 |
|  |  |
| 契約期間 |  |
| 契約金額 | （公開可能な場合） |
| 業務内容とコンサルティング効果 |  |
| システム開発業者名電子カルテベンダー部門システムベンダー |  |

注）枠が不足する場合は、適宜調整してください。

|  |
| --- |
| 類似・関連業務の経歴（直接従事したものに限る。直近順に記入、5件まで） |
|  |
| 現在携わっている業務概要：（契約金額500万円以上のみ） |
|  |

様式第１０号

|  |
| --- |
| **第3期病院総合情報システムの更新に関する考え方と実施方針** |
|  |

様式第11号

|  |
| --- |
| **当委託業務の具体的な進め方　（フェーズ１）** |
|  |

様式第１2号

|  |
| --- |
| **当委託業務の具体的な進め方　（フェーズ２）** |
| ケース（同一ベンダー、異なるベンダー）ごとに分ける。 |

様式第１3号－１

|  |  |
| --- | --- |
| **課題１** | **病院職員の働き方改革について** |
| 病院職員全般に関し業務の効率化を図り、働き方の改善が必要な状況です。幅広い効率化の視点から提案を記載してください。 |
|  |

様式１3号－２

|  |  |
| --- | --- |
| **課題２** | **新技術の動向と導入について** |
| ・医療の安全性向上や業務効率化のため、AI画像診断の他のAI支援システムなどの適応可能な新技術/製品に関して幅広い視点から提案を記載してください。 |
|  |

様式第１3号－３

|  |  |
| --- | --- |
| **課題３** | **自由提案** |
| 本業務全体に関して特にアピールしたい事項を記載すること。（例：病院経営、医療療の質向上に資するためのアイデア、調達に関する工夫、新技術の取込など自社と契約した際のメリット等）**※　新型コロナ過でのコンサルティング業務履行に関する提案を必ず記載すること。** |
|  |

様式第１4号

**フェーズごとの業務概要及び概算見積金額**

**業務概要**

|  |
| --- |
|  **(フェーズ１)・・・共通**概算見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込） |
| **(フェーズ２：同一電子カルテベンダーで更新となった場合)・・・ケース①****概算見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |
| **(フェーズ２：異なる電子カルテベンダーで更新となった場合)・・・ケース②****概算見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |

**概算見積額**

|  |
| --- |
| **（金額が多い方の合計）概算見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |