第１号様式

参　加　申　込　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　　殿

住　　　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

地

住所

大分県立病院床頭台等設置・運営事業者の選定に係る企画提案に参加したいので、別添のとおり関係書類を添えて申し込みます。

また、本申込書の提出にあたり、添付資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

【添付資料】

〇大分県暴力団排除条例に基づく誓約書(第２号様式)

〇業務概要書(第３号様式)

〇添付資料

・業務の概要等を確認できるパンフレット等

・登記事項証明書

・印鑑証明書

・都道府県税に滞納がないことの証明書

・国税納税証明書

・決算書及び法人税申告書の写し

第２号様式

大分県暴力団排除条例に基づく誓約書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、大分県立病院が必要な場合には、大分県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が、大分県立病院と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

記

１　自己又は自己の役員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

（１）暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２

条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２）暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３）暴力団員が役員となっている事業者

（４）暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者

（５）暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を

締結している者

（６）暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者

（７）暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される

関係を有している者

（８）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（１）から（８）までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又

は個人ではありません。

令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　　殿

　　〔法人、団体にあっては本店又は本社所在地〕

　　　住　　　所

　　　商号又は名称

　　　（ふりがな）

　　　代表者氏名

　　　生年月日（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日（男・女）

* 大分県では、大分県暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。

第３号様式

業務概要書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 | |  |
| 代表者職・氏名 | |  |
| 住所(所在地) | |  |
| 大分県内支社、  営業所等の有無 | | 有　・　無  　　　　　所在地： |
| 設立年月日 | |  |
| 資本金 | |  |
| 企業理念 | |  |
| 事業経歴 | |  |
| 事業内容 | 事業種目 |  |
| 取扱品目 |  |
| 年間売上高(直近) |  |
| 従業員数 | 人（うち県内支社等の従業員数　　　　　人） |
| 関連会社 |  |
| 主な取引先 |  |

※欄内に書ききれない場合には、別紙（任意様式）に記載のうえ添付してください。

【運営実績】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 病床数 | 契約期間 | 契約内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※400床以上の病院のみ記載してください。

※「契約内容」欄には「床頭台ユニット」、「オーバーテーブル」など契約備品を記載してくださ

い。　（テレビ、冷蔵庫、プリベイトカード販売機、精算機などの記載は不要）

第４号様式

辞　退　届

令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　殿

住所

商号又は名称

代表者氏名

大分県立病院床頭台等設置・運営事業者募集に応募しましたが、次の理由により辞退します。

【辞退理由】

|  |
| --- |
| 【連絡責任者】  ・所属：  ・職名：  ・氏名：  ・電話番号：  ・電子メール： |

第５号様式

企　画　提　案　書

　 　　　　　　令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　殿 　　　 　　　　　住所

商号又は名称

代表者氏名

大分県立病院床頭台等設置・運営事業者募集における企画について、次のとおり提案します。

※　様式任意、原則Ａ４版縦

**１　機器・設備の性能について**

|  |
| --- |
| 各機器・設備の機能等について、分かりやすく記載するとともに、写真・カタログ等を添付し  てください。  （１）床頭台本体  ①メーカー、サイズ（幅・奥行き・高さ）、デザイン、材質（抗菌・耐熱・耐久性）  ※電子ピクトグラムを取り付けない場合と取り付けた場合のイメージ写真を添付  （3パターンまで可）  ②収納スペース（容量）  ③安定性、安全性  ④キャスター性能（ロック機構の操作方法、走行性など）  ⑤足元照明の位置・照度、スライドテーブル、コンセント、タオル掛の位置  ⑥清掃のしやすさ  （２）液晶テレビ  ①メーカー、型番、画面サイズ、画質、消費電力（待機時・動作時）  ②地上デジタル放送及びBS放送以外の提案があれば記載  ③リモコンの操作性（リモコンのイメージと操作方法）  ④テレビの角度調節機能と操作方法  ⑤イヤホンのプラグが抜けたときの音量対策  ⑥病院案内放送の視聴方法、製作の流れ、当院職員の作業の有無等  （３）簡易保管庫  ①容量、施錠方法  ②鍵紛失時の対応、盗難防止対策  （４）冷蔵庫  ①メーカー、型番、容量、冷却能力、消費電力（待機時・動作時）、抗菌性、静音性  ②出し入れのしやすさ、スイッチの工夫  ③清掃のしやすさ  （５）洗濯機・乾燥機  ①メーカー、型番、全体サイズ（幅・奥行き・高さ）、容量、消費電力（待機時・動作時）、節水性、抗菌性、静音性、洗浄能力、乾燥能力  ②操作性（操作パネルのイメージと操作方法）  ③転倒対策（地震対策）  ④中古品を提案する場合は、中古品の写真、製造年、故障・不良時の対応を記載  （６）プリペイドカード販売機・プリペイドカード精算機・両替機  ①サイズ（幅・奥行き・高さ）  ②転倒、防犯対策 |

**１　機器・設備の性能について（続き）**

|  |
| --- |
| （７）テーブル（オーバーテーブル・サイドテーブル）  ①メーカー、型番、サイズ（幅・奥行き・高さ）、材質  ②安全性  ③機能性、操作性（操作方法）  ④中古品を提案する場合は、中古品の写真、製造年、故障・不良時の対応を記載  （８）折りたたみ椅子  ①メーカー、型番、サイズ（幅・奥行き・高さ、座面高さ）、材質  ②安全性  ③中古品を提案する場合は、中古品の写真、製造年、故障・不良時の対応を記載 |

**２　保守管理体制**

|  |
| --- |
| （１）保守管理体制及び連絡方法、清掃・メンテナンス方法（床頭台ユニット・テーブル・椅子の退院時清掃、定期点検、クレーム対応、故障対応、使用方法の問い合わせなど）について、「平日日中」「夜間」「休日」などに区分して具体的に記載してください。  （２）洗濯機、乾燥機、プリペイドカード販売機、プリペイドカード精算機、両替機のメンテナンス方法について、具体的に記載してください。  （３）床頭台等の予備機数を記載してください。なお、プリペイドカード販売機など予備機を病院内に用意しない場合は、故障時の対応方法を具体的に記載してください。  （４）従業員の健康管理体制について、具体的に記載してください。また、感染症等により従業員が出勤停止になった場合の対応について記載してください。 |

**３　配備計画**

|  |
| --- |
| （１）床頭台等の配置計画を具体的に記載してください。  （２）入れ替えにあたり、患者への影響や当院職員の作業の有無について、具体的に記載してください。 |

**４　自由提案**

|  |
| --- |
| （１）床頭台等について、患者サービス等に繋がる提案があれば記載してください。  （２）床頭台等以外について、患者サービス等に繋がる提案があれば記載してください。 |

**５　収支計画**

（年間収支計画）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | 金額 | 明細 |
| 収入の部 | テレビ売上収入 |  |  |
| 冷蔵庫売上収入 |  |  |
| 洗濯機売上収入 |  |  |
| 乾燥機売上収入 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 収入合計 | |  |  |
| 費用の部 | 人件費 |  |  |
| 減価償却費 |  |  |
| 使用料 |  |  |
| 庁舎管理費 |  |  |
| NHK受信料 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 費用合計 | |  |  |
| 損益 | |  |  |

注　項目は適宜、変更・追加してください。

**６　使用料金**

|  |
| --- |
| （１）テレビ　１時間　　　　円  ※○時間以上は課金なしなどの提案がある場合は、具体的に記載してください。  （２）冷蔵庫　　１日　　　　円  （３）洗濯機　　１回　　　　円  （４）乾燥機　　１回　　　　円 |

**７　庁舎管理費**

|  |
| --- |
| （１）テレビ・冷蔵庫　　売上額の 　％  （２）洗濯機・乾燥機　　売上額の 　％ |

第６号様式

説明会参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　殿

住　　　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

代

大分県立病院床頭台等設置・運営事業者募集に係る説明会に参加したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名・職名 | 氏　　　名 |
|  |  |
|  |  |

※参加人数は２人以内とします。

|  |
| --- |
| 【連絡責任者】  ・所属：  ・職名：  ・氏名：  ・電話番号：  ・電子メール： |

第７号様式

質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　殿

住所

商号又は名称

代表者氏名

ail

　大分県立病院床頭台等設置・運営事業者募集要項等に関する質問を提出します。

※区分欄には要項・仕様書を記載してください。

※質問が多い場合は、別紙を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | ページ | 項　目　名 | 質　　　問 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 【連絡責任者】  ・所属：  ・職名：  ・氏名：  ・電話番号：  ・電子メール： |