様式１

プロポーザル参加意向申出書

　　年　 月　 日

豊橋市長　　浅　井　由　崇　様

所 在 地

商号及び名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　年 　月　 日付けで公告された下記プロポーザルに必要書類を添えて参加を申し込みます。

なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

１ 件 名

２ 必要書類

連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail

様式１－１

|  |
| --- |
| 会　社　概　要　書 |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 経歴・沿革 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員 | 役員(又は個人事業主) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 正社員(又は専従者) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| パート・アルバイト等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 本社所在地 |  |
| 支店・営業所数 |  |
| 県内の支店・　営業所（名称・所在地） |  |
| 業務内容 |  |
| 経営方針等 |  |
| 平成29年度以降の電子カルテ導入の病床数500床以上のＤＰＣ対象病院受託実績（別紙でも可） |
| 病院名 | 病床数 | 所　在　地 | 契約年月日 | 受託業務内容 |
|  |  |  | からまで |  |
|  |  |  | からまで |  |
|  |  |  | からまで |  |

様式２

**質　問　書**

令和　 年　 月　 日

豊橋市長　浅　井　由　崇　様

所 在 地

商号及び名称

代表者職氏名

担当者　氏名

電話

FAX

　　　　　E-mail

豊橋市民病院医療事務等委託プロポ－ザルにおける参加表明書の提出に関して、次のとおり質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　内　容　（簡潔に） |
|  |

※質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。

様式３

提案資格確認結果通知書

令和　 年 　月　 日

商号及び名称

代表者職氏名

豊橋市長　　浅　井　由　崇

令和 　年　 月 　日付けで公告された下記プロポーザルについて、提案資格確認結果を通知します。

記

１ 件　 名

２ 履行場所

３ 提案資格の有無

（１） 有の場合、資格を有することを認めます。

（２） 無の場合、次により、資格を有することを認めません。

理由：○○のため

担当課　豊橋市民病院事務局医事課

電話　0532-33-6111（内線）1401

FAX　0532-33-6171

E-mail hosp-iji@city.toyohashi.lg.jp様式４

**質　問　書**

令和　 年　 月　 日

豊橋市長　浅　井　由　崇　様

所 在 地

商号及び名称

代表者職氏名

担当者　氏名

電話

FAX

　　　　　E-mail

豊橋市民病院医療事務等委託プロポ－ザル提案書の作成に関して、次のとおり質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項　目 | 質　問　内　容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

※質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。

様式５

豊橋市民病院医療事務等委託提案書

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　　浅　井　由　崇　　様

提出者　　所 在 地

商号及び名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　印

標記業務委託に係る公募型プロポーザル方式による提案書の募集について、提案書を提出します。

なお、本書及び添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

　　　　　　（担 当 部 署）

担当部署名

　　　　　　　　　所　在　地

 　　　　　　　　　　　　　担　当　者　 　氏名

電話

FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式５－１

|  |
| --- |
| スタッフの確保対策 |
| ①良質なスタッフの確保②継続的なスタッフの確保③診療情報管理士の確保④応援体制（バックアップ体制） |

※　複数枚使用可。

様式５－２

|  |
| --- |
| 現場管理体制 |
| ①スタッフの効率的な配置②総括責任者の権限・責任の明確化③指揮命令系統・連絡体制④本社との連絡体制 |

※　複数枚使用可。

様式５－３

|  |
| --- |
| 診療報酬請求事務対策 |
| ①毎月の査定・返戻への対策②定期的な精度管理実施方法・内容③病院職員への情報提供 |

※　複数枚使用可。

様式５－４

|  |
| --- |
| 患者サービス向上対策 |
| ①患者サービスの理念②意見・苦情への対応③重大な事故、トラブル、緊急時の対応 |

※　複数枚使用可。

様式５－５

|  |
| --- |
| 未収金対策 |
| ①未収金の管理体制②未収金管理の対応能力 |

※　複数枚使用可。

様式５－６

|  |
| --- |
| 研修体制 |
| ①実施研修内容②個人情報の取り扱い③人材の育成と業務の質の向上 |

* 複数枚使用可。

様式５－７

|  |
| --- |
| 病院運営支援体制 |
| ①収益確保に対するアドバイス能力②病院総合情報システムへのアドバイス能力 |

* 複数枚使用可。

様式５－８

|  |
| --- |
| 業務引渡・引継体制 |
| ①受託準備体制（現行業者は引継体制） |

※　複数枚使用可。

様式５－９

|  |
| --- |
| その他 |
| 1. 当院に向けての独自の提案
 |

※　複数枚使用可。

様式５－１０

平成29年度以降の病床数500床以上の他院受託実績

|  |  |
| --- | --- |
| 受託先医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 | 　　　　　床（一般　　　床、精神　　　床、その他　　　床） |
| 電子カルテとなった時期  | 　　年 　　月 　　日 |
| ＤＰＣ対象病院となった時期  | 　年 　　月 　　日 |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 |  　　年 　月 　　日から　　 　　年　　月　 　日まで |
| その他特記事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受託先医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 | 　　　　　床（一般　　　床、精神　　　床、その他　　　床） |
| 電子カルテとなった時期  | 　　年 　　月 　　日 |
| ＤＰＣ対象病院となった時期  | 　　年 　　月 　　日 |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 | 　　　　年 　月 　　日から　　 　　年　　月　 　日まで |
| その他特記事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受託先医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 | 　　　　　床（一般　　　床、精神　　　床、その他　　　床） |
| 電子カルテとなった時期  | 　　年 　　月 　　日 |
| ＤＰＣ対象病院となった時期  | 　　年 　　月 　　日 |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 | 　　　　年 　月 　　日から　　 　　年　　月　 　日まで |
| その他特記事項 |  |

※　複数枚使用可。

様式５－１１

|  |
| --- |
| 委託料見積 |
| 業務見積金額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円（消費税込） |
| 委託に要する費用について、経費の内訳や積算を具体的に記入。  |

※　複数枚使用可。

様式６

結　果　通　知　書

令和　 年 　月　 日

商号及び名称

代表者職氏名

豊橋市長　　浅　井　由　崇

貴社より提出があった下記プロポーザル提案書について、審査結果を次のとおり通知します。

記

件　　名

結　　果 　１　 最適であると特定しました。

理由 ○○のため

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

２ 　次の理由により特定しませんでした。

理由 ○○のため

○非特定者あて通知の場合は、下記の文言を記載すること。

　※非特定理由については、本通知日の翌日から起算して5日（土・日、祝日を含まない。）以内に、書面（様式は自由）により説明を求めることができます。

担当課　豊橋市民病院事務局医事課

電話　0532-33-6111（内線）1401

FAX　0532-33-6171

E-mail hosp-iji@city.toyohashi.lg.jp

様式７

**辞　　退　　届**

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　　浅　井　由　崇　　様

（参加申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地

 　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

豊橋市民病院医療業務等委託プロポーザルに参加を申込みましたが、都合により辞退いた

します。