（様式１）

**プロポーザル参加意向申出書**

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：

　令和４年４月19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、本書の提出にあたり、応募資格を満たしていること、並びに本書に記載する内容及び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　第３期病院総合情報システム構築支援業務

２ 必要書類　実施要領４「参加意向申出書の作成要領」において示す書類

 　　　　（連絡先）

所　　属

氏　　名

電　　話

F　A　X

E - mail

（様式２）

**会　社　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担当部署の連絡先 | 担当部署名：　　　　　　　　　　　　担当者名：住所：電話：　　　　　　　　　　　　　　　ファックス：電子メールアドレス： |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 | 　　　　　　名（令和　年　月末現在） |
| 事業概要 |  |
| 豊橋市内支店所在地(なければ記入不要) |  |
| 愛知県内支店所在地(なければ記入不要) |  |

（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**業　務　実　績　表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 業務名 | 発注者名 | 病院名（病床数） | 業務概要 | 履行期間 | 備考 |
| 　１ | ◯◯業務 | ○○大学病院 | ◯◯大学病院（◯◯床） |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
| 　２ | ◯◯業務 | ○○病院 | ◯◯病院（◯◯床） |  | 年　　月　　日～年　　月　　日 |  |
| 　３ |  |  |  |  |  |  |
| 　4 |  |  |  |  |  |  |
| 　5 |  |  |  |  |  |  |

・プロポーザル参加意向申出書（様式1）の提出日現在において、直接契約で500床以上の医療施設の受注実績（平成29年度以降の履行に限る）であること。

・実績は、病床数が多い病院順に記載し、上限5件まで記載することができる。

・各実績の契約書（仕様書含む）の写しを添付すること（原則、病院名は開示するものとし、その他の開示できない情報は塗りつぶした上で提出すること）。

・業務概要欄は、仕様書（写し）に記載の業務内容をまとめた概要とすること。

・履行期間欄は、契約書（写し）に記載の契約期間と一致させること。

・記入欄が狭い場合、行や列の幅を適宜調整してもよい。

（様式４-１）

**質　　問　　書**

業務名　　　第３期病院総合情報システム構築支援業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記業務のプロポーザル | ・参加意向申出書の提出 | に関して、次の項目を質問します。 |
| ・実施要領、仕様書等 |

　　　　　　　　　　　　※該当する方を○で囲んでください

令和　　年　　月　　日

　豊橋市長　浅井　由崇　様

　　　　　商号又は名称：

代表者職氏名：

　　　　　担当者氏名：

　　　　　電話番号：

　　　　　Ｆ　 Ａ 　Ｘ：

電子メール：

|  |
| --- |
| 質　問　事　項　（簡潔に） |
| 資料名 | 項番等 | 質問内容 |
|  |  |  |

注意事項：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４-２）

令和　　年　　月　　日

業務名　　　第３期病院総合情報システム構築支援業務

**質問回答書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＮＯ. | 質問 | 回答 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

（様式５）

**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４年４月19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　 第３期病院総合情報システム構築支援業務

２ 履行場所　豊橋市の指定する場所

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療情報課

電話 :0532-33-6296

FAX :0532-33-6177

E-mail:next-system@toyohashi-mh.jp

（様式６）

**提案書の提出について**

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：

令和４年４月19日付けで公告された下記委託業務に係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。

記

　１　業務の名称　　第３期病院総合情報システム構築支援業務

　２　添付書類

　　　　・提案書

　　　　・見積書

記載担当者

会社名　：

職氏名　：

電話番号：

Fax番号：

E-mail　：

（様式７－１）

**結　果　通　知　書（第一次審査）**

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、第一次審査結果を次のとおり通知します。

記

業務の名称　　第３期病院総合情報システム構築支援業務

結　　　果 　 【通過の場合】

第一次審査の通過を認めます。

第二次審査の日程、場所等につきましては、別途連絡します。

【通過を認めない場合】

 次の理由により第一次審査の通過を認めません。

理由 ○○のため

担当課：豊橋市民病院事務局医療情報課

電話 :0532-33-6296

FAX :0532-33-6177

E-mail :next-system@toyohashi-mh.jp

（様式７－２）

**結　果　通　知　書（第二次審査）**

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、第二次審査結果を次のとおり通知します。

記

業務の名称　　第３期病院総合情報システム構築支援業務

結　　　果 　 【特定者の場合】

 　　　　　　　 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。

　　　　　　　【特定者ではない場合】

 次の理由により特定しませんでした。

理由 ○○のため

担当課：豊橋市民病院事務局医療情報課

電話 :0532-33-6296

FAX :0532-33-6177

E-mail :next-system@toyohashi-mh.jp

（様式８）

**第３期病院総合情報システム**

**構築支援業務プロポーザル契約候補者の特定について**

第３期病院総合情報システム構築支援業務

プロポーザル評価委員会

１　委託業務名　　第３期病院総合情報システム構築支援業務

２　業務期間　　　契約日から令和７年３月31日まで

３　契約候補者の特定方法

第３期病院総合情報システム構築支援業務プロポーザル評価委員会において、公募型プロポーザル方式により参加業者から提出された提案内容を評価基準に基づき採点した結果、合計得点が最も高い次の提案者を契約候補者として特定しました。

４　契約候補者

商号又は名称　　株式会社○○

　　代表取締役　○○　○

住　　　　所　　豊橋市○○町○○番地

担当課 ：豊橋市民病院事務局医療情報課

住所 :豊橋市青竹町字八間西50番地

（様式９）

**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：

「第３期病院総合情報システム構築支援業務」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。