

(様式1-1)

平成 年 月 日

プロポーザル参加申込書

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院
理事長 近藤 泰三 様

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名

㊟

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の床頭台等設置運営業務公募型プロポーザルについて、参加を申し込みます。なお、当該プロポーザル実施要項に定める参加資格要件のすべてを満たしていること、及び本申込書の記載内容が事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

部署

職名

氏名

所在地

電話

F A X

E-mail

(様式1-2)

会社概要書

1	法人名	
2	代表者職・氏名	
3	住所（所在地）	
4	設立年月日	
5	資本金	
6	事業種目	
7	従業員数	常勤職員 人 非常勤職員 人 （平成 年 月 日現在）
8	年間売上高・利益 （直近3年）	平成 年 月～平成 年 月 売上 千円 ・ 純利益 千円 平成 年 月～平成 年 月 売上 千円 ・ 純利益 千円 平成 年 月～平成 年 月 売上 千円 ・ 純利益 千円

*直近の決算書を添付すること。

(様式1-3)

平成 年 月 日

実績証明書

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院
理事長 近藤 泰三 様

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名

印

次のとおり、当社は、平成26年4月1日以降に岐阜県又は愛知県にある病床数400床以上の病院において、床頭台の設置運營業務契約の実績を2件以上有しております。

記

病院名	所在地	契約期間	病床数
		平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	
		平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	
		平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	
		平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	
		平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	

* 2件以上5件以内で記載すること。

(様式2-1)

平成 年 月 日

企画提案書

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院
理事長 近藤 泰三 様

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名

⑩

床頭台等設置運営業務公募型プロポーザルに係る提案書を本書のとおり提出します。なお、実施要項に定める参加資格要件を満たしていること、及び提出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。

【担当者連絡先】

部署

職名

氏名

所在地

電話

F A X

E-mail

(様式2-2)

床頭台等設置計画

1. 想定する設置機器及び仕様を上回る機能や特徴 (ハード面)

器機名	メーカー	型番	大きさ (縦×横×奥行)	仕様書を上回る 機能や特徴
床頭台本体				
金庫				
テレビ			画面 インチ	
冷蔵庫				
洗濯機				
乾燥機				
ピクトグラム端末			画面 インチ	

*該当のない欄は記入不要。

*洗濯機と乾燥機は、一体型、分離型どちらでも可。

2. 保守管理体制

(ア) 常駐スタッフの配置

平日 時間 : ~ : 人数 人

土日祝日 時間 : ~ : 人数 人

*適宜細分化してください。

(イ) 故障時の対応方法

スタッフ在院時

スタッフ不在時

(ウ) 問合せ、苦情への対応方法

スタッフ在院時

スタッフ不在時

(エ) 清掃、消毒等衛生管理の方法

退院時等実施のタイミング、頻度、課題と対策などを含めて

(オ) 患者の入院時及び病床移動時の対応

患者確認等留意事項、課題と対策などを含めて

(カ) 安全対策及び事故発生時の対応

起こり得るリスクやそれに対する対策などを含めて

3. 社内における現場業務をサポートする体制

緊急時の連絡体制、業務に係る相談体制、職員の研修・補充体制等を含めて

4. ピクトグラム端末

(ア) 表示内容等の基本的な機能

* 適宜画面構成図等を添付してください。

(イ) 電子カルテとの連携項目

* 連携項目：氏名、担当医、患者スケジュール、禁忌アレルギー等

* 電子カルテと連携したピクトグラム端末の導入実績

病院名	所在地	病床数	連携項目	電カルベンダー

・実績が5件以上ある場合は別紙にて添付し、表には代表実績5件を記入してください。

(ウ) セキュリティ対策

(エ) システム改修時の対応

(オ) 病院職員の業務負担軽減

業務負担軽減につながるピクトグラム端末の機能や活用方法等について

5. その他の提案

* 仕様書以外で快適な入院生活を支援するための提案や、当院にとって有益となる提案など、アピール事項があれば記載してください。（当院の費用負担がないことを前提）

(例) 医療従事者の業務負担軽減、当院の経営改善に寄与する提案、患者サービスの向上等

6. 収支見込

費目	1年目 (2019年度)	3年目 (2021年度)	5年目 (2023年度)
売上			
人件費			
減価償却費			
リース料			
その他経費			
利益			

*適宜費目を加除修正してください。

7. 付属資料

*その他付属資料がある場合は、本欄に資料名を記載したうえで、添付してください。

(様式 2 - 3)

利用料金提案書

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院
理事長 近藤 泰三 様

住所 (所在地)

法人名

代表者職氏名

㊟

床頭台等設置運營業務公募型プロポーザルに係る利用料金を下記のとおり提案します。

記

・テレビ・冷蔵庫の利用料金 (1日当たり、税込み)

金				円
---	--	--	--	---

・洗濯機・乾燥機の利用料金 (洗濯1工程・乾燥30分の合計、税込み)

金				円
---	--	--	--	---

*消費税率の改正及び契約期間を見込んで提案してください。

*限度額の範囲内で提案してください。

(様式2-4)

平成 年 月 日

企画提案書に関する質問書

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院 御中

法人名

【担当者連絡先】

部署

職名

氏名

所在地

電話

FAX

E-mail

床頭台等設置運営業務公募型プロポーザルの企画提案書に関して、下記のとおり質問します。

記

項 目	質問の内容等

(様式3)

平成 年 月 日

プロポーザル参加辞退届

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院
理事長 近藤 泰三 様

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名

⑩

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の床頭台等設置運營業務公募型プロポーザルへの参加を辞退します。

辞 退 理 由

【担当者連絡先】

部署

職名

氏名

所在地

電話

F A X

E-mail