

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の主たる 取引金融機関の選定にかかるプロポーザル実施要領

1 目的

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院では、当法人が各種の金融サービスを円滑に受けられるよう令和7年4月1日から令和12年3月31日までの5年間（予定）の主たる取引金融機関を選定するものであり、その選定をプロポーザル方式で、下記のとおり実施します。

2 プロポーザルの参加資格

プロポーザルに参加できる者は、次の資格要件すべてに該当する者に限ります。

- (1) 地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第43条第2号に規定する金融機関であること。
- (2) 地方独立行政法人岐阜県立多治見病院契約事務取扱規程（平成22年4月1日規程第45号）第8条の規定に該当しない者であること。
- (3) 多治見市内に本店、支店などの営業の拠点となる施設を有すること。
- (4) ファームバンキングもしくはネットバンキングを実施していること。
- (5) 当院は集金業務、精査業務、送金依頼代行業務を委託（警備会社：株式会社アサヒセキュリティ）しているため、集金業務等の委託業者からの振込を行えること。

3 選定スケジュール（予定）

令和6年 8月26日(月)	公募の開始
令和6年 9月30日(月)	プロポーザル参加申込書の提出期限
令和6年10月15日(火)	質問書の提出期限
令和6年10月22日(火)	質問書の回答期限
令和6年10月30日(水)	企画提案書及びディスクロージャー誌の提出期限
令和6年11月13日(水)	(予定) プレゼンテーションの実施
令和6年12月 上旬頃	審査結果の通知発送

4 手続き等

(1) プロポーザルへの参加申し込み

プロポーザルへの参加を希望する者は、プロポーザル参加申込書（様式1）を提出してください。なお、プロポーザル参加申込書を提出していない者は、質問書、企画提案書等の提出はできません。

- ア 提出先 下記7に記載の事務局
- イ 提出期限 令和6年9月30日(月)午後5時までとします。なお、郵送・宅配便の場合は、令和6年9月30日(月)午後5時までに到着したものを有効とします。

- ウ 提出方法 持参または郵送、宅配便等により提出してください。なお、郵送等の場合、「特定記録郵便」等、郵便物を差し出したこと及び到着が確認できる郵送方法としてください。
- エ その他 持参により提出する場合は、平日の午前9時から午後5時までを提出の受付時間とします。

(2) プロポーザルへの参加の辞退

プロポーザル参加申込書を提出した後に、プロポーザルへの参加を取りやめることとした場合は、速やかにプロポーザル参加辞退届（様式2）を、下記7に記載の事務局宛てに持参又は郵送により提出してください。

(3) 質問及び回答

ア 質問書の提出

質問がある場合は、質問書（様式3）を提出してください。

なお、質問書はプロポーザル参加申込書を提出した後に提出してください。

口頭による質問等、質問書の提出以外の方法による質問には一切応じません。

- (ア) 提出先 下記7に記載の事務局
- (イ) 提出期限 令和6年10月15日(火)午後5時までとします。
- (ウ) 提出方法 持参又は電子メールにより提出してください。なお、電子メールで提出する場合は送信前に、下記7に記載の事務局に対し、送信する旨を電話連絡した上で送信してください。
- (エ) その他 持参により提出する場合、平日の午前9時から午後5時までを提出の受付時間とします。

イ 質問に対する回答

質問内容及び回答は、令和6年10月22日(火)までに、質問者に対し質問書に記載の担当者電子メールアドレス宛てに送信するとともに、すべてのプロポーザル参加者に対しプロポーザル参加申込書に記載の担当者電子メールアドレス宛てに送信します。

(4) 企画提案書等の提出

下記「5 企画提案書等」に基づき、企画提案書及びディスクロージャー誌を提出してください。

ア 提出先 下記7に記載の事務局

イ 提出期限 令和6年10月30日(月) 午後5時までとします。

なお、郵送等の場合は、令和6年10月30日(月) 午後3時までに到着したものを有効とします。

- ウ 提出方法 持参、宅配便又は郵送により提出してください。
なお、郵送の場合、「特定記録郵便」等、郵便物を差し出したこと及び到着が確認できる郵送方法としてください。
- エ その他 持参により提出する場合、平日の午前9時から午後5時までを提出の受付時間とします。

(5) 審査

ア 審査

審査により、最優秀企画提案者として採用する1者を選定します。

審査は、「地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の主たる取引金融機関候補者選定委員会」（以下「選定委員会」という。）の委員が、企画提案書、ディスクロージャー誌及び下記イに記載のプレゼンテーションを基に行います。

審査結果は、審査を受けたプロポーザル参加者全員に対し、令和6年12月上旬頃に通知します。

イ プレゼンテーション

審査を行うにあたり、次のとおり、選定委員会の委員に対し、プレゼンテーションを実施していただきます。

審査当日の時間割については別途通知します。

(ア) 開催日

令和6年11月13日(水) (予定)

(イ) 説明者及び時間

説明者は5名以内、制限時間は20分とします。説明後に質疑応答時間を10分設けます。

(ウ) その他

- a プレゼンテーションは、事前に提出していただいた企画提案書及びディスクロージャー誌により行ってください。事前の申し出によるプロジェクター等の使用も可能ですが、当日の急な機器の故障等がある場合もありますので、必ず紙面でも行えるようにしてください。
- b プレゼンテーションを実施しない者は、この段階で不採用とさせていただきます。
- c パソコン及びプロジェクターについてはこちらで用意します。

ウ 審査基準

次の①から⑤の項目により評価します。

- ①金融機関としての健全性
- ②患者及び当院への金融機関利用者等の利便性
- ③各種サービスの充実度
- ④手数料等の費用の経済性
- ⑤短期借入金の利便性

(6) 主たる取引金融機関候補者との協議等

ア 最優秀企画提案者として選定した1者を主たる取引金融機関候補者とし、各種サービス条件等を協議します。各種サービス条件等について合意した後、令和7年4月1日から、当法人に対し、主たる取引金融機関としての各種サービス等を開始していただきます。

ただし、令和7年4月1日からの業務開始のため、令和6年度中に、ファームバンキングもしくはネットバンキングの導入作業等、必要な準備作業を無償で行っていただきます（ただし、調達機器等の購入費は除く）。

なお、当法人と主たる取引金融機関との間で、各種サービス条件等を内容とする契約書等を書面で締結します。

イ 最優秀企画提案者と協議が整わなかった場合には、審査における次順位者と協議を行います。

ウ 主たる取引金融機関として各種サービス等を行っていただく期間（以下「サービス期間」という。）は、令和7年4月1日から令和12年3月31日を予定しております。

5 企画提案書等

次のとおり、企画提案書及びディスクロージャー誌を提出してください。

(1) 提出部数

企画提案書	9部
ディスクロージャー誌（直近のもの（期末時点））	9部

(2) 企画提案書

企画提案書の作成は、次のとおりとしてください。

ア 書式

A4版20ページ以内としてください。

なお、表紙はページ数に含まれません。また、A3版を利用する場合には、2ペー

ジとしてカウントするとともに、A4版の大きさに折り込んだうえで綴じてください。

様式は定めませんので、自由に作成してください（ただし、別添資料「提案項目」に書き方に関する指示がある場合は、それに従ってください）。

イ 記載内容

別添資料「提案項目」に掲げる事項について記載してください。

なお、企画提案書の表紙には、企画提案名及び企画提案者名を記載してください。

ウ その他

企画提案書作成にあたり、資料「提案項目」の電子ファイル（ワードファイル）が必要な場合は、下記7に記載の事務局までご連絡ください。電子ファイルを送信します。

(3) 留意事項

ア 1金融機関1提案に限ります。

イ 提出期限後における、企画提案書及びディスクロージャー誌の再提出及び差し替えは認めません。

ウ 提出された企画提案書及びディスクロージャー誌は返却しません。

エ 本プロポーザルに参加する資格のない者が提出した企画提案書は無効とします。

6 その他

- (1) 企画提案書等の作成、提出、その他プレゼンテーションにかかる費用等、本プロポーザルの参加に要した費用は、すべてプロポーザル参加者の負担とします。
- (2) 提出された書類に虚偽があった場合、当該プロポーザル参加者を不採用とします。
- (3) 提出された書類は、当院の個人情報保護事務取扱要綱により取り扱います。

7 事務局

〒507-8522

岐阜県多治見市前畑町5丁目161番地

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院

担 当：経営企画担当 小林

〃 山口

電話番号：0572-22-5311（内2341）

F A X：0572-25-1246

電子メール：kobayashi-masaya@tajimi-hospital.jp

様式 1

令和 6 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 様

所在地

金融機関名

代表者

印

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の主たる取引金融機関の選定にかかるプロポーザルについて、当該プロポーザル実施要領に示す参加資格要件のすべてを満たしているので、参加します。

【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

令和 6 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 様

所在地

金融機関名

代表者

印

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の主たる取引金融機関の選定にかかるプロポーザルへの参加を辞退します。

【担当者連絡先】

部 署	
職 名	
氏 名	
電 話	

質 問 書

件 名	地方独立行政法人岐阜県立多治見病院の主たる取引金融機関の選定		
質 問 日	令和6年 月 日	整理番号	※この欄は記入しないでください。
金融機関名			
担当者連絡先			
部 署			
職 名			
氏 名			
電 話			
E-mail			
質 問 内 容			