様式第１号

**プロポーザル参加資格確認申請書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　理事長　　岩　中　督　様

　　　　　住　　所

　　　　　名　　称

　　　　　代表者職・氏名

下記調達案件に係るプロポーザルに参加したいので、必要な資料等を添えて参加資格の確認を申請します。

　なお、プロポーザル説明書の「２　参加資格要件」に掲げられた条件をすべて満たしていること及び記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　件名

　 埼玉県立病院の診療材料等調達・物品管理業務

２　公示年月日

　　令和３年５月１８日

３　添付資料

　(1) 様式第２号 会社概要書及び会社案内・パンフレット類

 (2) 高度管理医療機器等販売業許可証の写し

　(3) ＳＰＤ受託実績のある病院との契約書等の写し、契約履行を証明するもの（入金確認書類等）、

　　　病床数を確認できる書類

　　　※(3)で埼玉県立病院の実績を提出する者は下表に記載し、(3)に係る提出書類は不要とする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約日 | 契約先 | 契約案件名 |
|  |  |  |

４　連絡先

(1) 担当者所属

(2) 担当者氏名

(3) 電話番号

(4) ＦＡＸ番号

(5) メールアドレス

様式第２号

**会社概要書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 住所（所在地） | 本社 |  |
| 営業所 |  |
| 院外倉庫 |  |
| 設立年月日 |  |
| 従業員数 | 正社員：　　　　　　　パート等：　　　　　（　　年　　月末時点） |
| 沿革、主な業務実績など |  |
| 資本又は役員において関連がある診療材料等販売業者 | 診療材料等販売業者名 | 所在地 | 資本の関係 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| その他特記事項 |  |

※この様式のほかに会社案内・パンフレット類を添付してください（この様式は必ず記載すること）。様式第３号

（あて先）

　埼玉県立病院機構本部　医事・契約・訟務担当 　松本

電話 048-830-5985（直通）

ＦＡＸ 048-830-4905

e-mail a5970-06@saitama-pho.jp（代表）

※提出期限：令和３年５月２１日午後５時（電子メールによる）

質問書

令和　　年　　月　　日

商号又は名称　：

担当者所属氏名：

連絡先電話番号：

連絡先 E-mail ：

埼玉県立病院の診療材料等調達・物品管理業務に係る公募型プロポーザルについて、質問書を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名、該当頁、 | 見出番号等 質問事項 |
| 質問１ | （例）仕様書　１頁　２(3) | ＊質問の意図が明確に分かるよう、具体的な事例などを踏まえて質問事項を記載してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※質問事項には、質問者が特定できる企業名や個人名等を記入しないでください。

※質問の内容によっては、資料等を添付してください。

※この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成してください。

様式第４号

**提案書提出書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　理事長　　岩　中　督　様

　　　　　住　　所

　　　　　名　　称

　　　　　代表者職・氏名

下記調達案件に係る提案書を提出します。

　なお、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。

記

１　件名

　 埼玉県立病院の診療材料等調達・物品管理業務

２　公示年月日

　　令和３年５月１８日

３　連絡先

(1) 担当者所属

(2) 担当者氏名

(3) 電話番号

(4) ＦＡＸ番号

(5) メールアドレス

様式第５号

**受託実績調書**

　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　名　　称

500床以上の病院で診療材料等のＳＰＤ業務（調達・物品管理業務）を受託した、若しくは受託している実績（再委託先として受託している場合の実績は含めないものとする。）を記載すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在する都道府県名 | 設立主体及び医療機関名 | 病床数　 | 受託期間 | 業務の名称 |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |
|  |  | 床 | 　 年 月～　　 年 月 |  |

注　関東地区の施設、病床数の多い施設を優先し、１０施設以上ある場合は最大１０施設までの受託実績を記載すること。また、その実績を証するものとして、契約書の写しを添付すること。

様式第６号

**業務体制調書**

　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　名　　称

　県立病院に配置予定の業務責任者について、業務従事経験等を記載すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置予定病院 | 業務責任者氏名 | 経験年数 |
| 病床数 | 業務責任者従事年数 | 物品管理業務 | ※診療材料　関連業務 |
| 循環器・呼吸器病センター |  | 300床以上 |  |  |  |
| がんセンター |  | 500床以上 |  |  |  |
| 小児医療センター |  | 300床以上 |  |  |  |

　 ※物品管理業務経験３年未満の場合に記載すること

【参考：仕様書抜粋】

　４　受託者の業務体制

（２）受託者は業務管理（責任）の体制を施設ごとに明確にし、業務責任者（総括責任者）を配置して円滑な業務を遂行すること。また、業務責任者は物品管理業務の経験を3年以上有し、がんセンターは自ら500床以上、循環器・呼吸器病センター、小児医療センターは自ら300床以上の病院（精神科等の単科病院を除く）の業務責任者として従事（現在も円滑に稼働）した経験を有するものであること。ただし、物品管理業務の経験が3年未満の場合は、診療材料関連業務の経験を5年以上有すること。

様式第８号

**プロポーザル辞退届**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　理事長　　岩　中　督　様

　　　　　住　　所

　　　　　名　　称

　　　　　代表者職・氏名

　下記調達案件についてプロポーザル参加の意思を表明しましたが、都合により参加を辞退します。

記

１　件名

　 埼玉県立病院の診療材料等調達・物品管理業務

２　公示年月日

　　令和３年５月１８日

３　連絡先

(1) 担当者所属

(2) 担当者氏名

(3) 電話番号

(4) ＦＡＸ番号

(5) メールアドレス