様式第１号

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

　　　　 　所在地

　　　　　 商号又は名称

　　　 代表者氏名

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　対象業務

　 診療材料等調達・物品管理業務

２　公示日

　　令和６年１月２２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) 令和２年４月１日以降に一般病床500床以上の病院において、診療材料等の調達・物品管理業務を受託し１年以上の業務履行実績を有することを証明する書類※

　　　※　契約書及び履行を証明する書類（入金記録や病院が発行する証明書など）

４　現地見学会への参加希望　（有・無）

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | | |

注　本様式は必ず記載した上で、別途会社案内やパンフレット類を添付すること。様式第３号

（あて先）

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構本部　医事・契約・訟務担当 　宗方

電話 048-748-3242（直通）

e-mail a5970-06@saitama-pho.jp

※受付期限：令和６年１月２６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：

電話番号：

E-mail ：

診療材料等調達・物品管理業務委託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すること。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注　１. 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こと。

２. 質問の内容によっては、資料等を添付すること。

３. この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成すること。

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

　　　　 所在地

　　　　　 商号又は名称

　　　 代表者氏名

下記調達案件（業務委託）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

　 診療材料等調達・物品管理業務

２　公示日

　　令和６年１月２２日

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

E-mail

様式第５号

受託実績調書

　　　所在地：

　　　商号又は名称：

令和２年４月１日以降に一般病床500床以上の病院において、診療材料等の調達・物品管理業務を受託し１年以上の業務を履行した実績は以下のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県 | 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、業務内容と病院名や受託機関が判読できる契約書の写しを添付すること。契約金額は黒塗りとして差し支えない。

様式第６号

業務体制調書

　　　所在地：

　　　商号又は名称：

　各病院に配置予定の業務責任者については、以下のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置予定病院 | 氏名 | 現場責任者として受託した病院名 | 通算年数 | | | 統括  責任者  （○） |
| 現場責任者  経験 | 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】  ○○病院  ○○病院 | ○年 | ○年 | ○年 |  |
| がんセンター |  | 【500床以上】  ○○センター | ○年 | ○年 | ○年 |  |
| 小児医療  センター |  | 【300床以上】  ○○センター  ○○病院 | ○年 | ○年 | ○年 |  |

* 診療材料関連業務は、物品管理業務経験３年未満の場合に記載すること

＜仕様書抜粋＞

　３　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、現場責任者を配置して円滑な業務を遂行すること。また、現場責任者のうち１名を統括責任者とし、全施設の業務を管理させること。

統括責任者は物品管理業務の経験を5年以上有し、かつ、現場責任者を指揮する能力と権限を有しているものであること。

また、現場責任者は物品管理業務の経験を3年以上有し、かつ、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）の現場責任者として1年以上従事（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。

なお、現場責任者及び統括責任者（以下、「業務責任者」という。）の異動については当該施設へ事前に了承を得ることとし、配置又は異動した場合には、遅滞なく当該施設に書面にて届け出ること。

様式第８号

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

　 所在地

　 商号又は名称

代表者氏名

　下記調達案件（業務委託）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

　 診療材料等調達・物品管理業務

２　公示日

　　令和６年１月２２日

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

E-mail