（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

※グループ提案する場合は、代表者名を記載すること。

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業提案競技参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日付で公募のありました標記に係る提案競技に参加したいので、関係書類を添えて申請します。

なお、次の事項に該当しないこと並びにこの申請書及び添付書類のすべての記載事項については、事実と相違ないことと誓約いたします。

（１）会社更生法、又は民事再生法に基づく再生手続開始の申立てをしていない者であること。

（２）羽後町の指名停止基準に基づく措置を受けていない者であること。

（添付書類）

１　提案者概要表 （別紙１）

２　本業務に係る実施体制 （様式任意）

３　電子カルテ・オーダリング・医事会計システム構築実績申告書（別紙４）

４　直近事業年度の財務諸表（貸借対照表・損益計算書・株主資本等変動計算書）

５　３ヵ月前以内に発行された国税納税証明書（「その３」又は「その３の３」）

※グループ提案の場合は、以下についても添付すること

６　グループ構成書 （別紙２）

７　委任状 （別紙３）

※提案者又はグループ代表者が支店等である場合には、別途委任状を提出すること

本件に係る連絡先

所　　属

担当者名

電　　話

FAX

e-mail

（別紙１）

提　案　者　概　要　表

１　提案者の状況（令和2年2月1日現在）

※　グループで参加する場合は、代表者について記入すること。

　　また、グループ名を記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| グループ名 |  |

（１）本社

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 住所 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 営業年数 |  |

（２）秋田県内に本店を有しない場合、最寄りの支店・営業所

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |

（３）秋田県内に本支店を有しない場合、秋田県内の関連する事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |

２　本業務に係る実施体制

　（組織体制、業務担当者を明示するものとし、様式は任意とする。グループ提案の場合は、すべてのグループ構成員の体制を記載すること。）

（別紙２）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名 印

グループ構成書

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業提案競技に関し、次のとおりグループを構成し参加いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| グループ名 | |  | |
| 代表者 | 商号又は名称 |  | |
| 住所 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 本調達の担当業務 |  | |
| 担当者 | 所属： | 氏名： |
| 連絡先 | 電話： | FAX： |
| 電子メール |  | |
| 構成員 | 商号又は名称 |  | |
| 住所 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 本調達の担当業務 |  | |
| 担当者 | 所属： | 氏名： |
| 連絡先 | 電話： | FAX： |
| 電子メール |  | |
| 構成員 | 商号又は名称 |  | |
| 住所 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 本調達の担当業務 |  | |
| 担当者 | 所属： | 氏名： |
| 連絡先 | 電話： | FAX： |
| 電子メール |  | |

※「構成員」欄が不足する場合は、適宜記載欄を追加すること。

（別紙３）

委 任 状

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

所在地又は住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業に関し、私は、次の者を委任代理人と定め、下記の権限を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者 | 所在地又は住所  商号又は名称  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

記

委任事項

1. 提案競技参加申請書に関すること
2. 提案競技提案書に関すること
3. 本業務を受託した際の見積書、契約保証金、委託契約締結等、契約に関する一切に関すること
4. 本業務を契約した際の代金の受領に関すること

（別紙４）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　 印

電子カルテ・オーダリング・医事会計システム構築実績申告書

本業務において導入予定の電子カルテ・オーダリング・医事会計システムの構築実績について、下表のとおり申告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 病院名 | 所在地 | 病床数 | システム更新  年月日 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

※　秋田県内にある100床以上の病院を１箇所以上記載すること。

※　契約書の写し等の実績を証明する資料を添付すること。

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

※グループ提案する場合は、代表者名を記載すること。

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業提案競技に係る質問書

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業提案競技について、次のとおり質問があるので提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名 |  |
| 条項又はページ |  |
| 内　　　容 |  |

※　電子メールにより送付する場合は、押印が不要であること

　　資料名は、配布した資料の名称を記載すること

本件に係る連絡先

所　　属

担当者名

電　　話

FAX

e-mail

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

※グループ提案する場合は、代表者名を記載すること。

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業提案競技に係る企画提案書

羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業提案競技について、次のとおり企画提案書を提出いたします。

【提出物】

・企画提案書 正本１部　副本　　部

・提案価格（様式第４号） 正本１部　副本　　部

・参考価格（様式第５号） 正本１部　副本　　部

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

※グループ提案する場合は、代表者名を記載すること。

提　案　価　格

件名　羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業における

システム構築経費（初年度に要する経費）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

　　１　上記費用には、消費税及び地方消費税を含んでいます。

　　２　費用内訳は別紙のとおりです。

（様式第５号）

令和　　年　　月　　日

羽後町立羽後病院

開設者　羽後町長　安藤　豊　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

※グループ提案する場合は、代表者名を記載すること。

参　考　価　格

件名　羽後町立羽後病院電子カルテシステム導入事業における

後年度負担に係る経費（２年目から６年目に要する経費）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

　　１　上記費用には、消費税及び地方消費税を含んでいます。

　　２　２年目から６年目の５年間の金額です。

　　３　費用内訳は別紙のとおりです。