（様式１）

番　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

置賜広域病院企業団医事業務公募型プロポーザル参加意向申出書

このことについて下記の書類を添えて申出ます。

記

（添付書類）

１　医事業務の受託実績書（様式１－２）

２　法人概要書（様式１－３）

３　納税証明書（「法人税」「消費税及び地方消費税」「法人県民税」「法人事業税」）

４　決算書の写し（直近２年のもの）

５　暴力団排除に関する誓約書（様式１－４）

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

電話番号 　-　　　-

ＦＡＸ番号 　-　　　-

（様式１－２）

医事業務の受託実績書

会社名

医事業務受託状況（令和７年７月１日現在）

１　主な受託先病院（病床数の多い順）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 病院名（受託期間） | 所在地（市町村名） | 病床数 | 備　考 |
| 1 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 2 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 3 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 4 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 5 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 6 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 7 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 8 | 　(H･R 　. ～R . ) |  |  |  |

　　※　上記に記載された病院との委託契約書の写しを添付してください（契約当事者双方の名称、委託期間、業務内容が分かる部分の抜粋で結構です）。

　　※　現在の契約の受託期間以前より継続して受託している実績がある場合は、備考欄に受託開始時期を記載してください。

（様式１－３）

法　人　概　要　書

会社名

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 内　　　　　　　　　容 |
| 本　　社 | 所在地電話番号　代表者　職・氏名 |
| 最寄りの営業所等 | 所在地電話番号代表者職名・氏名 |
| 本件を担当する連絡責任者 | 所属　　　　　　　　　　　　役職氏名　　　　　　　　　　　　電話FAX E-mail |
| 会社設立年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日設立 |
| 資本金 |  |
| 事業内容 |  |
| 置賜広域病院企業団構成団体への競争入札参加資格登録状況 | 団体名 | 山形県 | 長井市 | 南陽市 | 川西町 | 飯豊町 |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |
| ※登録している団体の登録番号欄に番号を記入してください。 |
| その他（会社沿革等の概略） |  |

※必要に応じ適宜パンフレットを添付すること

（様式１－４）

暴力団排除に関する誓約書

当社は、

１　下記のいずれも該当しません。将来においても該当することのないことを誓約します。

２　置賜広域病院企業団（以下「企業団」という。）との契約事案について、下記に該当する者であることを知りながら原材料及び物品の購入契約並びにその他の契約を締結することはありません。

３　下記の該当の有無を確認するために、役員名簿等の提出を求められたときは速やかに提出します。また、当該役員名簿等に記載された情報等が山形県警察本部に提供されることについて同意します。

４　暴力団の不当な要求に応じません。また、企業団との契約事案について不当な要求を受けたときは、ただちに警察署へ通報（「110番通報等」）するとともに、企業団に報告します。

５　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が入札参加資格の制限等の不利益を被ることとなっても異議は一切申し立てません。

記

〇　役員等（個人である場合にはその者を、法人である場合には役員又は支店若しくは契約を締結する事務所の代表者をいう。以下同じ。）が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第６号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴力団員でなくなった日から５年経過しない者（以下「暴力団員等」という。）であること。

〇　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等が経営に実質的に関与していること。

〇　役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用する等していること。

〇　役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金等を供給し、又は便宜を供与する等直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していること。

〇　役員等が、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していること。

〇　個人である場合は、指定暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第９条に規定する指定暴力団員をいう。）と生計を一にする配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）であること。

　置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

　　令和　　年　　月　　日

　　住所又は所在地

　　商号又は名称

　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（様式２）

番　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　様

　　　　　　　　　　置賜広域病院企業団

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　企業長　渡　邊　丈　洋

置賜広域病院企業団医事業務公募型プロポーザル参加資格確認通知書

記

１　確認結果

①プロポーザル参加資格を有することを認めます。

②次の理由により、プロポーザル参加資格を有することを認められません。

　理由：○○のため

【連絡担当者】

（担当者名）

（電話番号）

（ＦＡＸ番号）

（様式３）

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

置賜広域病院企業団医事業務公募型プロポーザル企画提案書

このことについて下記の書類を添えて提出します。

記

① 業務管理運営体制（様式３－２）

　 ② 人材の確保及び教育体制（様式３－３）

 ③ 患者サービス・接遇の向上（様式３－４）

④ 診療報酬請求事務について（様式３－５）

　　⑤ 病院運営に資する提案、取組み（様式３－６）

　　⑥ 見積書（様式４）

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

電話番号 　-　　　-

ＦＡＸ番号 　-　　　-

（様式３－２）

|  |
| --- |
| １　業務管理運営体制 |
| ① 適正な人員の配置計画② 適格な責任者及び有資格者等の配置③ 指揮命令系統及び連絡体制④ 本部等からのサポート体制 |

|  |
| --- |
| （様式３－３） |
| ２　人材の確保及び教育体制 |
| ① 安定的な人材の確保及び定着のための体制・取組み② 従事者の教育・研修内容③ 従事者のモチベーション向上及び維持のための取組み  |

（様式３－４）

|  |
| --- |
| ３　患者サービス・接遇の向上 |
| ① 苦情・意見等への対応② 患者サービス・接遇の向上のための提案・取組み |

（様式３－５）

|  |
| --- |
| ４　診療報酬請求事務について |
| ① 査定、返戻、請求漏れ等への対策② 査定、返戻、再審査請求等への対応③ 事務業務の精度向上に向けた対策等④ 病院職員への情報提供体制 |

（様式３－６）

|  |
| --- |
| ５　病院運営に資する提案・取組み |
| ① 収益向上や業務効率化に係る提案・取組み② その他病院運営に資する独自提案・取組み |

（様式４）

　　置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

住　　　　所

商号又は名称

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　　　印

見　　積　　書

「置賜広域病院企業団医事業務」委託について下記のとおり見積ります。

記

見積金額　　金　　　　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

（内 訳）

① 公立置賜総合病院　金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

② 公立置賜長井病院 金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

③ 公立置賜南陽病院　金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

④ 公立置賜川西診療所　金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

（様式５）

企画提案辞退届出書

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団

企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

　令和７年　　　月　　日付けにて参加申出した「置賜広域病院企業団医事業務公募型プロポーザル」に係る企画提案については、下記の理由により、これを辞退したく届出いたします。

住　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

<辞退理由>

（様式６）

質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団　企業長　　殿

住所

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名 　　　　　　　　　　印

「置賜広域病院企業団医事業務公募型プロポーザル」について、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　　　　　　【連絡担当者】

　　　　　　　部署

　　　　　　　氏名

　　　　　　　電話

　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　E－mail

（様式７）

番　　　　　　　号

令和　年 　月　 日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　置賜広域病院企業団

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　企業長　渡　邊　丈　洋

結　果　通　知　書

　貴社から提出のあった「置賜広域病院企業団医事業務公募型プロポーザル」の企画提案について、審査結果を次のとおり通知します。

記

〇　結　　果

【連絡担当者】

（担当者名）

（電話番号）

（ＦＡＸ番号）