様式１

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

企画提案応募意思表明書

令和　　年　　月　　日

香川県病院事業管理者 殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務の公募の条件を了解し、資格調書（様式２）を添えて応募します。

なお、応募資格に掲げるすべての要件を満たしていることについて事実と相違ないことを誓約します。

１　業務企画の担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 部署名 | 職　　名 | 氏　　　　名 |
| 責任者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
|  |  |  |

　２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

【添付書類】

香川県会計規則（昭和39 年香川県規則第19 号）第180条第２項の規定に基づく物品の買入れ等に係る競争入札参加資格者名簿に登載されていない者は、香川県税の納税証明書（未納のない旨の証明）を持参又は郵送により提出すること。

なお、発行日から３か月以内のものに限ります。

様式２

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

資格調書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 提案参加申込者の名称 |  |

国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、都道府県又は市町村が設置する精神科病床を有する病院において、整備基本構想、整備基本計画策定支援業務の受託実績を有します。なお、受託実績については、下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名(契約相手方) | 病床数(うち精神科病床数) | 業務の名称 | 完了年度 (和暦) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

病院名欄に、設立主体名を記載すること。(例：○○立△△病院)

【本提案に係る担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号(内線) |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

※書類送付•質問回答等の送付先となります。

様式３

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

企画提案辞退届

令和　　年　　月　　日

香川県病院事業管理者 殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務の企画提案を次の理由により辞退します。

【理由】

様式４

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

企画提案質問書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 企画競争参加申込者 |  |
| 質問者（連絡先） | ［部署］［氏名］［ＴＥＬ］［ＦＡＸ］［E-mail］ |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |
| （内　容） |

※ 本様式は、質問内容の項目ごとに作成すること。

様式５

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

に係る提案書

令和　　年　　月　　日

香川県病院事業管理者 殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務に関し、次の書類を添えて提案します。

１　提案者概要書（様式６）

２　提案書及び行程表（任意様式）

３　評価事項別説明書（様式７）

４　見積書（任意様式）

５　企画提案プレゼンテーション出席者名簿（様式８）

様式６

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

提案者概要書

1　基本的事項

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は名称 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 代表者職•氏名 |  |
| 設立年月日 | 年 月 日 |
| 資本金額 | 円 |

２　国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、都道府県又は市 町村が設置する精神科病床を有する病院において、整備基本構想、整備基本計画策定支援業務の受託実績を有します。なお、受託実績については、下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名(契約相手方) | 病床数(うち精神科病床数) | 業務の名称 | 完了年度 (和暦) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

病院名欄に、設立主体名を記載すること。(例：○○立△△病院)

３　責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 職•氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 主な実績(責任者個人が主体的に関与し、とりまとめたもの)・精神科病床を有する病院における整備基本構想、整備基本計画又はあり方検討調査業務に関するもの、設立主体は問わない。・最も自己評価の高い業務を1件選び、下記病院名の前に◎を付すること。 |
| 病院名 | 病床数 (うち精神科 病床数) | 業務の名称 | 完了年度 (和暦) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式７

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

評価事項別説明書

|  |  |
| --- | --- |
| 評価項目 | 説明内容 |
| １　事業実施主体に関する評価 |
| ①　事業実施に必要な人員・組織体制が整っており、事業の達成時期を把握した上で、事業を適切に遂行できる人員・体制が確保する提案となっていること。 |  |
| ②　事業実務に精通しているとともに、事業を適切に遂行するための人材及びノウハウを有していること。 |  |
| ③　事業を効果的に遂行するために必要な実績等を有していること。 |  |
| ２　業務内容に関する評価 |
| ①　事業達成の時期が県の意図と正確に合致しており、詳細なスケジュールが策定され、スケジュール管理が適切になされる提案となっていること。 |  |
| ② 事業の実施方法、内容等が具体性・適正性・効率性に優れていること。 |  |
| ③　香川県内及び中讃地区における精神科医療に関する需要及び供給について、的確な分析と、合理的・客観的な算定手法の選択が期待できること。 |  |
| ④　丸亀病院に求められる役割について、現状把握が的確であり、新病院の機能・規模の適切な検討・調整が期待できること。 |  |
| ⑤　提案内容に対して、妥当な経費が示されていること。 |  |

※　過去に携わった報告書等、必要に応じて資料を添付すること。

様式８

香川県立丸亀病院基本計画策定支援業務

企画提案プレゼンテーション出席者名簿

名　　　称

所在地

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部　署　名 | 職　名 | 氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　出席者は、最大３名までとする。選定委員会出席者が変更になる場合は、事前に県に連絡すること。