（様式第１号）

参　加　申　込　書

令和　　　年　　　月　　　日

　医療政策課長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名

　下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、資格要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

１　対象業務名

　　病院機能再編・連携強化支援事業業務

２　公告日

　　令和７年５月９日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　 氏 名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

（様式第１号の附表１）

参加要件具備説明書類総括書

令和　　　年　　　月　　　日

提出者名

１　都道府県税、消費税及び地方消費税等を滞納していないことが確認できる書類

　　別紙のとおり（納税証明書（未納の額がないことの証明））

２　社会保険に加入していることが確認できる書類

　　別紙のとおり　　加入義務有・労働保険

　　　　　　　　　　　　　　　　申請日直前の労働保険概算・確定保険料申告書の控え及びこれ

により申告した保険料の納入に係る領収済通知書の写し等

　　　　　　　　　　　　　　　・厚生年金保険、健康保険

申請日直前の保険料の納入に係る領収証書又は納入証明書の写し等

加入義務無・賃金台帳、労働者名簿、源泉所得税領収書等のうちいずれかの写し

３　当該業務の類似業務等を受託した実績及び当該実績の概要が確認できる書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　名 |  |  |  |
| (1)発　注　者　名 |  |  |  |
| (2)契　約　金　額 |  |  |  |
| (3)履　行　期　間 |  |  |  |
| (4)業 務 の 概 要 |  |  |  |

　（注）１　会社としての実績とし、記載件数は３件以内としてください。

　　　　２　実績は、公告の日から過去５年以内に履行した業務を対象とします。

　　　　３　上記実績の概要が分かる資料及び契約書の写しを添付してください。

（様式第１号の附表２）

誓　　約　　書

令和　　　年　　　月　　　日

医療政策課長　　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名

　病院機能再編・連携強化支援事業業務の企画提案に当たり、公募型プロポーザル方式実施公告の「２　応募資格要件」に定められた資格を満たしていることを誓約します。

（様式第２号）

業　務　等　質　問　書

提出日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発注機関名 | 医療政策課 | | 公　 告 　日 | 令和７年５月９日 |
| 業　 務 　名  業務箇所名 | 病院機能再編・連携強化支援事業業務 | | | |
| 質問書提出者 | 所　 　 在　 　地 |  | | |
| 商号又は名称 |  | | |
| 電　　　　　　　話 |  | | |
| 担当者　所属・氏名 |  | | |
| 質問内容 |  | | | |

（注）質問が複数・多岐にわたる場合は、適宜番号を振るなど整理して記入してください。

（様式第３号）

企 　画　 提　 案　 書

令和　　　年　　　月　　　日

　医療政策課長　　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名

下記の業務について、企画提案書を提出します。

記

１　対象業務名

　　病院機能再編・連携強化支援事業業務

２　公告日

　　令和７年５月９日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　 氏 名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

（様式第３号の附表１）

企　画　書

令和　　　年　　　月　　　日

提出者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　業務の実施者 | 氏名 |  | 住所 |  |
| ２　業務の内容 | ※　データ分析体制構築支援及び県内病院の医療提供状況等分析業務については、  各病院が地域型病院・広域型病院の機能をどの程度有しているかを測る上で有用  な指標、新たな地域医療構想の策定を見据えた分析、各構想区域の現状と将来を把握する上で有用な分析等について記載してください。  ※　機能再編を行う病院への支援業務については、支援内容として想定する将来収  　支シミュレーション、機能再編プランの内容等について記載してください。  ※　病院間連携の強化を行う病院への支援業務については、いわゆる「下り搬送」を強化する上で有用と考えられる支援方法等について記載してください。 | | | |
| ３　業務の実施体制 | ※　事業実施体制、業務スケジュール、目的の達成に向けた取組み等について記載  してください。 | | | |
| ４　類似業務の実績 |  | | | |
| ５　業務に要する経費 | （詳細内訳は別紙のとおり） | | | |
| ６　再委託の予定 | （再委託先）  （委託業務内容） | | | |
| ※　各項目のスペースは、必要に応じて拡大又は縮小して使用してください。  　　上記項目が網羅されていれば、独自様式の提案書でも結構です。 | | | | |

（様式第３号の附表１　別紙）経費内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経費区分 | 金額（円） | 内訳、積算根拠 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

（注）

　１　消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、経費見積額の上限は、実施公告１（７）に記載の額としてください。

　２　管理費・諸経費等を含めてください。

３　上記項目が網羅されていれば、独自様式のものでも構いません（様式任意）。（様式第４号）

見　　　　　積　　　　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　長野県知事　様

　　（提出先　医療政策課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　見積業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　下記のとおり見積りします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　業務名 | 病院機能再編・連携強化支援事業業務 | |
| ２　業務箇所 | 県内全域 | |
| ３　見積金額 | 円 | |
| （見積金額には、消費税及び地方消費税を含みません。） | | |  |