藤沢市民病院前方連携システム導入に係る

公募型プロポーザル

様式集

令和４年７月

藤沢市民病院　病院総務課

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式番号 | 内容 | 様式 サイズ | 提出部数 | 頁数 | 提出期限  （令和４年） |
| 様式1-1 | 参加表明書 | A4 | 1部 | 1頁 | ７月２８日 |
| 様式1-2 | 事業者の概要 | A4 | 1部 | 1頁 | ７月２８日 |
| 様式1-3 | 参加辞退届出書 | A4 | 1部 | 適宜 | ７月２８日 |
| 様式1-4 | 質問書 | A4 | 1部 | 適宜 | ７月２８日 |
| 様式1-5 | 業務委託等契約締結者調査票 | A4 | 1部 | 適宜 | ７月２８日 |
| 様式なし | ＩＳＯ２７００１認証（ＩＳＭＳ）またはプライバシーマーク等の取得状況を確認できる書類 | A4 | 1部 | 適宜 | ７月２８日 |
| 様式2-1 | 提案書（表紙） | A4 | 1部+副10部 | 1頁 | ８月１５日 |
| 様式2-2 | 金額内訳書 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-3 | 業務実施体制表 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-4 | 情報分析機能 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-5 | 医療機関情報の管理機能 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-6 | 営業管理機能 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-7 | メール配信機能 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-8 | セキュリティ対策 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-9 | データ提供 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式2-10 | 独自の提案 | A4 | 1部+副10部 | 適宜 | ８月１５日 |
| 様式3 | 提出資料確認リスト | A4 | 1部+副10部 | １頁 | ８月１５日 |

【様式1-1】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022年（令和4年） 　月 　日

藤沢市長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

参　加　表　明　書

2022年（令和4年）7月12日付で公募のあった「藤沢市民病院前方連携システム導入」に係る公募型プロポーザルに参加を申込みます。なお、本表明書は実施要領に定められた参加資格要件を満たしており、記載事項及び添付書類については事実と相違ないことを誓約します。

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　E－mail

【様式1-2】

事　業　者　の　概　要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 本社所在地 |  | |
| 資本金 |  | |
| 売上高(直近３年間) |  | |
| 株式上場の有無 | □有り　（　　　　　　　　部上場）・□なし | |
| 従業員数 | 役員（又は個人事業主） | 名 |
| 正社員（又は専従者） | 名 |
| パート・アルバイト等 | 名 |
| 本業務を担当する  支店・営業所等 | 管轄：  住所：  責任者：  連絡先：  メール： | |
| 業務内容 |  | |
| その他（貴社が特にアピールしたいもの） |  | |
| 【履行のための体制図(協力先・外注先)】 | | |

※記載欄が足りない場合は、行を追加するか、または独自様式で提出すること。ただし、様式はA4縦とする。

※令和４年７月１日時点で記入すること。

【様式1-3】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022年（令和4年） 　月 　日

藤沢市長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

参　加　辞　退　届　出　書

2022年（令和4年）○月○日付で、次の業務に係る公募型プロポーザルへの参加表明書を提出しましたが、下記の理由によりプロポーザルへの参加を辞退いたしますので、ここに届け出ます。

なお、既に提出した参加申請書等の各種申請書及び関連書類については、返還されないことを了承しておりますので申し添えます。

件名：藤沢市民病院前方連携システム導入

理由：

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　E－mail

【様式1-4】

2022年（令和4年）　月　日

　藤沢市長

住所

商号又は名称

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（担当者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話）

質　問　書

業務名：藤沢市民病院前方連携システム導入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質　　　問　　　事　　　項 | | | |
| 種別 | ﾍﾟｰｼﾞ | 該当箇所 | 質問内容 |
| 仕様書 | 1 | 第1、1、（1）ア（ア）a | （例）○○○については、△△△でしょうか。 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※１：記入欄が足りない場合は、行を追加してください。

※２：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

※３：電子メール（Wordで作成した質問書を添付）で提出してください。メール送信後、

念のため、到着確認を電話で行ってください。

提出先：藤沢市民病院　病院総務課　経営企画担当

E-mail：fj4-byoin-s@city.fujisawa.lg.jp　TEL：0466-25-3111（内線　8435）

【様式2-1】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022年（令和4年） 　月 　日

藤沢市長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

提　案　書

　藤沢市民病院前方連携システム導入に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、必要書類を添付して提出します。

なお、実施要領、仕様書等に示した条件及び仕様等を満たし、又はそれ以上の条件及び仕様等であること、並びに提出書類の記載事項及び添付資料のすべての記載事項が事実と相違ないことを誓約いたします。

件名：藤沢市民病院前方連携システム導入

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　E－mail

【様式2-2】

**金額内訳書**

導入費用（イニシャルコスト）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 積算内訳 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 小計 | |  |
| 消費税 | |  |
| 合計 | |  |

運用・保守費用（ランニングコスト）※１年あたり　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 積算内訳 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 小計 | |  |
| 消費税 | |  |
| 合計 | |  |

【様式2-3】

業務実施体制表

**（１）履行のための体制図（全体像・詳細）**

**※外注する場合は、外注する業務の詳細も含め記載してください。**

**（２）業務にかかる実施体制**

**※行が足りない場合は適宜追加してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 氏　　名 | 役職・部署 | 担当する役割 | 実績等 |
| 統括責任者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【様式2-4】

**情報分析機能**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-4】と記載し、「情報分析機能」と標記してください。

※２：分析可能な情報、手順等を具体的に記載してください。

　　　一般的に理解しやすい表現での記載に努め、専門的な用語を用いる場合には

　　　注釈をいれてください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式2-5】

**医療機関情報の管理機能**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-5】と記載し、「医療機関情報の管理機能」と標記してください。

※２：厚生労働省提供の医療機関情報の反映状況や、各医療機関の特長の管理機能について具体的に記載してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式2-6】

**営業管理機能**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-6】と記載し、「営業管理機能」と標記してください。

※２：営業活動の記録機能について具体的に記載してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式2-7】

**メール配信機能**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-7】と記載し、「メール配信機能」と標記してください。

※２：メールの配信方法や履歴の管理方法など具体的に記載してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式2-8】

**セキュリティ対策**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-8】と記載し、「セキュリティ対策」と標記してください。

※２：システム環境やデータの受け渡しのセキュリティ対策について具体的に記載してください。緊急時の対策、サポート体制や復旧についての提案を併せて記載してくだい。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式2-9】

**データ提供**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-9】と記載し、「データ提供」と標記してください。

※２：システム利用にあたり、当院にて準備するデータについて、二次加工等必要な作業について具体的に記載してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式2-10】

**独自の提案**

※１：Ａ４判縦とし、片面印刷とします。

本様式以外の書式を使用する場合は、様式サイズはＡ４とし、左上に【様式2-10】と記載し、「独自の提案」と標記してください。

※２：機能全般や提案者独自のノウハウや強み、特にアピールポイントについて具体的に記載してください。

※３：提出に当たっては、この記入要領（※）を削除してください。

【様式3】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022年（令和4年） 　月 　日

藤沢市長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

提　出　資　料　確　認　リ　ス　ト

　今回提出する提案書類一式について、実施要領等を確認のうえ、記入漏れ及び提出漏れ等の不備がないことを下記のとおり確認しました。

　なお、万が一不備があった場合は、審査対象から除外されても異議を申しません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認欄 | 様式 | 提出書類名 |
| ☐ | 様式2-1 | 提案書（表紙） |
| ☐ | 様式2-2 | 金額内訳書 |
| ☐ | 様式2-3 | 業務実施体制表 |
| ☐ | 様式2-4 | 情報分析機能 |
| ☐ | 様式2-5 | 医療機関情報の管理機能 |
| ☐ | 様式2-6 | 営業管理機能 |
| ☐ | 様式2-7 | メール配信機能 |
| ☐ | 様式2-8 | セキュリティ対策 |
| ☐ | 様式2-9 | データ提供 |
| ☐ | 様式2-10 | 独自の提案 |
| ☐ | 様式3 | 提出資料確認リスト |

※提出書類の確認後、確認欄にチェック（☑）してください。

連絡担当者

　所属

　氏名

　電話

　E－mail