様式１

**参加資格確認申請書**

令和　　年　　月　　日

鴨川市長　　佐々木　久之

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

医療情報システムの更新に係る支援業務募集要項に基づくプロポーザルに参加したいので、参加資格を確認されたく、次の書類を添えて申請します。

なお、募集要項に示された参加資格要件を満足していること及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

（添付書類）

１　公的医療機関のコンサルティング業務の受託実績書（様式1-2）

２　直近の決算書概要版

３　納税証明書（「法人税」「消費税及び地方消費税」）

４　日本医療情報学会上級医療情報技師認定証（写し）

５　医療情報システム業界での10年以上の業務経験があることを示す書類

様式1－2

**公的医療機関のコンサルティング業務の受託実績書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

次のとおり、公的医療機関のコンサルティング業務についての受託実績があることを申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 床 |
| 受託期間 | 　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 床 |
| 受託期間 | 　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 特記 |

* 該当する病院が多数ある場合は、代表的な2病院について記載してください。また病院が1病院の場合は、1病院のみ記載してください。

様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**質　問　書**

案件名：医療情報システムの更新に係る支援業務

|  |
| --- |
| 【質問者】 |
| 会社名 |  |
| 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 【質問内容】 |
| 該当資料 |  | ページ数 | 　　　　ページ |
|  |

|  |
| --- |
| 【質問内容】 |
| 該当資料 |  | ページ数 | 　　　　ページ |
|  |

※質問が3つ以上ある場合は、この様式を複写して作成してください。

様式３－1

**医療情報システムの更新に係る支援業務提案総括表**

　　　　会社名

会社の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　　容 |
| 本社所在地 | 所在地電話番号 |
| 代表者名 | 代表者　　職名　　　　　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　　　　　　　　　電話番号 |
| 会社設立年月日 | 　　　　年　　月　　日設立（医療情報システム業務の開始　　　年　　月　　日） |
| 事業内容 |  |
| その他（沿革・経歴等の概略） |  |

様式3－２

**会社の状況**

会社名

|  |  |
| --- | --- |
| 最寄りの支店・営業所等の体制（所在地・人員配置など） |  |
| 従業員の状況（病院等施設給食部門の従業員数） | 正規社員　　　　人契約社員　　　　人パート社員　　　人 |
| 資本金（株式公開等） |  |

様式４

**医療情報システムの更新に係る支援業務基本的事項**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　　　容 |
| 調達費用を低く抑えるコスト最適化の実現について |  |
| 国の医療DX世策に対応するベンダーの選定について |  |
| 十分なサイバーセキュリティ対策の実施について |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　　　容 |
| 安全なシステム運用が可能な信頼性の高いベンダーの選定について |  |
| 当院職員のスキル向上について |  |
| 担当コンサルタントの公的機関、団体等でのサイバーセキュリティ研修の講師を務めた経験の有無について | 有　・　無 |
| 医療情報安全管理監査人協会認定医療情報システム監査人もしくは監査人補の資格の有無について | 有　・　無 |

様式５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

鴨川市長　佐々木　久之

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

**委 託 料 見 積 書**

令和７年度「医療情報システムの更新に係る支援業務」について、下記のとおり見積ります。

記

１　委託料見積金額　　金　　　　　　　　　 　　　　円（消費税を含まない）

様式６

**医療情報システムの更新に係る支援業務受託提案辞退届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

鴨川市長　佐々木　久之

　令和　　年　　月　　付けにて参加申請をした、医療情報システムの更新に係る支援業務に係る提案については、下記の理由によりこれを辞退したく届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

《辞退理由》

（「都合により」等のあいまいな表現は避け、具体的に記入してください。）