（様式第1号）

公募型プロポーザル参加表明書

令和　　年　　月　　日

鳥取県立厚生病院長　花木　啓一　様

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（作成責任者）

所属

職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メール

令和7年10月21日付け調達公告に係る下記調達の公募型プロポーザルに参加したいので、別添のとおり資料を提出します。

記

１　調達件名　　鳥取県立厚生病院医事業務委託

２　添付書類　　公募型プロポーザル参加資格確認書（様式第2号）　1部

３　指定公金事務取扱者の指定に係る通知の写し又は指定公金事務取扱者要件確認書の写し

（様式第2号）

公募型プロポーザル参加資格確認書

鳥取県立厚生病院長　花木　啓一　様

調達件名：鳥取県立厚生病院医事業務委託

１　当社は、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者です。

２　当社は、令和6年鳥取県告示第507号（物品等の売買、修理等及び役務の提供に係る調達契約の競争入札参加者の資格審査の申請手続等について）に基づく競争入札参加資格に係る業種区分が「その他の委託等の健康診断・医療サービス」に登録されている者又はその業種区分の登録申請中の者です。

３　当社は、この調達の公告日から企画提案書提出日までの間のいずれの日においても、鳥取県指名競争入札参加資格者指名停止措置要綱（平成7年7月17日付出第157号）第3条第1項の規定による指名停止措置を受けていません。

４　当社は、この調達の公告日から企画提案書提出日までの間のいずれの日においても、会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続開始の申立て又は民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続開始の申立てを行っていません。

５　当社は、令和4年4月1日以降に病床数300床以上の病院において、同種業務を12月以上継続して履行した実績を有する者です。

６　当社は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第243条の2第1項に基づく鳥取県の指定公金事務取扱者に係る指定を受けています。

７　この調達のプロポーザルまでに上記1に該当若しくは3又は4の措置を受けた場合、参加資格を無効にされても異議を申し立てません。

上記のとおり相違ないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（作成責任者）

所属

職・氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メール

（様式第3号）

鳥取県立厚生病院医事業務委託企画提案書提出書

令和　　年　　月　　日

鳥取県立厚生病院長　花木　啓一　様

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和7年10月21日付け調達公告に係る下記調達について企画提案書を別添のとおり提出します。

記

１　調達件名

　　鳥取県立厚生病院医事業務委託

２　提出書類

（１）会社概要及び業務実績　　　　　　　　　　　8部

（２）企画提案書　　　　　　　　　　　　　　　　8部

（３）個人情報の管理に係る申告書（様式第７号）　1部

（４）見積書（様式第4号）　　　　　　　　　　　1部

３　担当部署等

（１）担当部署名

（２）担当部署所在地

（３）担当者

　　　職・氏名

　　　電話

　　　ファクシミリ

　　　電子メール

（様式第4号）

見　積　書

鳥取県立厚生病院長　花木　啓一　様

　鳥取県立厚生病院医事業務委託について、法令、規則、業務仕様書等を熟覧の上、次のとおり見積りします。

令和　　年　　月　　日

見積者　　住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代理人　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の名称 | 鳥取県立厚生病院医事業務委託 |
| 業務の場所 | 鳥取県立厚生病院 |
| 業務の期間 | 令和8年4月1日から令和11年3月31日まで |
| 見積金額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |

備考

１　見積金額は、消費税及び地方消費税相当額を含む金額を記載すること。

２　見積金額は、算用数字で記載すること。

３　見積書は、封かんの上、業務の名称、場所、商号又は名称及び代表者氏名を記載すること。

（様式第5号）

鳥取県立厚生病院医事業務委託質問書

令和　　年　　月　　日

鳥取県立厚生病院長　花木　啓一　様

住所

商号又は名称

代表者氏名

担当者部署

担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　ファクシミリ

　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

鳥取県立厚生病院医事業務委託に係る下記事項について質問します。

記

【質問事項１】

【質問事項２】

【質問事項３】

（様式第６号）

　　　　年　　月　　日

鳥取県営病院事業管理者　様

（依頼者）

住所又は所在地

名称

代表者職・氏名

連絡先

指定公金事務取扱者指定要件確認依頼書

令和7年10月21日付けで調達公告のあった鳥取県立厚生病院医事業務委託の公募型プロポーザルに係る指定公金事務取扱者の指定要件の確認について、下記のとおり必要書類を添付の上依頼します。

記

１　名称

２　住所又は事務所の所在地

３　受託しようとする業務の名称

（この依頼に必要な添付書類）

（１）直近事業年度の決算が分かる書類（貸借対照表等）

（２）経営陣の体制が分かる書類（役員名簿等）

（３）次のいずれかのうち一つが確認できる書類

ア　受託しようとする業務を行う体制

イ　過去の公金事務受託実績

ウ　別紙調書（様式は入札説明書7(1）の場所に確認してください。）

（４）次のいずれかのうちから一つ以上の取組が確認できる書類

ア　個人情報保護（方針、Ｐマーク等）

イ　情報セキュリティ（方針、ISMS認証等）

ウ　環境保護・保全

エ　地域貢献

オ　障がい者雇用

（様式第7号）

個人情報の管理に係る申告書

　鳥取県立厚生病院長　花木　啓一　様

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

　　　　　　　（連絡先）

担当者職・氏名

所属部署

電話番号

電子メール

　鳥取県立厚生病院医事業務委託に係るプロポーザル方式の評価項目である「個人情報の漏えい等の有無」について、下記のとおり申告します。

記

１　過去2年間に受託業務における個人情報の漏えい等　　　有　　・　　無

　２　個人情報の漏えい等事案の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注機関名 |  |
| 個人情報の漏えい等の概要及び発生原因 | 概要例：誤送付により、〇名の氏名が漏えいした。 |

　　　注）上記1で有の場合のみ、記載してください。

　　　　　複数の事案がある場合は、表を追加して記載してください。

　　　　　発注機関に対し、個人情報の漏えい等事案について内容確認を行う場合があり

ます。その場合は予めお知らせします。