

(様式1号)

徳島県鳴門病院医事業務等業務委託契約
入札参加申込書

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬伏秀之 殿

申込者 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

徳島県鳴門病院医事業務等業務委託契約の入札に参加したいので申し込みます。

[連絡先]

入札事務担当者	所属部署	
	担当者氏名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	E-Mail	

【添付書類】

1. 誓約書 (様式2号)
2. 徳島県入札参加資格の写し
3. 会社パンフレット等

(様式2号)

誓 約 書

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬 伏 秀 之 殿

住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

平成28年12月1日付けで公告のあった「徳島県鳴門病院医事業務等委託契約」の入札に参加するに当たりまして、下記の通り誓約いたします。

記

- 1 地方独立行政法人徳島県鳴門病院会計規程実施規程第8条の規定に該当する者でないこと。
- 2 徳島県における物品等の契約に係る指名停止等措置要領に基づく指名停止を受けている期間中の者でないこと。
- 3 徳島県暴力団排除条例第6条に規定する排除の対象となっている者でないこと。

<注意>

①提出年月日は、必ず記入のこと。

(様式4号)

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬伏秀之 殿

(提出者) 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

提 案 書

徳島県鳴門病院医事業務等業務委託契約の入札に関する提案書類を提出します。

なお、入札添付書類についての記載内容は事実と相違ありません。

(様式5号)

入札書

見積価格		億	千	百	十	万	千	百	十	円
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

件名 徳島県鳴門病院医事業務等委託契約

上記について、入札公告および入札説明書承諾のうえ入札します。

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬伏秀之殿

住所または所在地
商号または名称
代表者氏名

印

(注意)

- 1 契約期間中における委託業務に必要な一切の経費の総価（消費税含む）を記載すること。
- 2 金額欄アラビア数字の記入に当たっては、頭数字の前に¥の字を記入すること。
- 3 金額の訂正は認めない。
- 4 積算根拠として、積算内訳書（職務別の人数、給与月額等）を添付すること。（様式5号-2）

(様式5号-2)

積算内訳書

業務名	徳島県鳴門病院医事業務等委託契約 一式			
業務区分等	人数	月額	年額	備考
(例) 責任者人件費	1	250,000	3,000,000	
(例) 入院計算人件費	5	1,000,000	12,000,000	
※人件費は給与+法定福利費とすること				
(例) 福利厚生費			300,000	
(例) 研修費			50,000	
(例) 一般管理費			1,000,000	
小計				
消費税				
合計				

※様式自由

(様式6号)

入札者の会社（業務）概要等			
商号又は名称			
代表者氏名			
設立年月日	年	月	日
沿革			
資本金			
従業員数	役員（又は個人事業主）	名	
	正社員	名	
	契約社員	名	
	パート・アルバイト等	名	
本店所在地			
支店・営業所数	ヶ所		
業務内容	(具体的に記入)		
医事業務等委託契約について他病院の受託実績（記入欄が足りない場合は、別紙添付）			
病院名 (病床数)	所在地	契約年月日	契約金額(千円)
		から まで	
		から まで	
		から まで	

※会社パンフレットがあれば添付してください。

総合評価に関する書類 (①～⑩各3ページ以内とすること。(任意の書式でもよい))

下記事項について基本方針、実績、実施計画等を提案してください。

①会社の基本方針

- ・会社の医事業務受託に対する基本的な考え方及び受託実績について
- ・社会貢献活動、ISOの取得、継続的な改善活動について

②正確な診療報酬請求に対する取り組み

- ・査定・返戻の防止策及び診療報酬の請求精度を向上する取り組みについて
- ・DPC包括請求に対する考え方と取り組みについて
- ・保留、返戻レセプトの管理・請求について

③計算窓口業務と請求漏れの防止に対する取り組み

- ・受付及び会計窓口を迅速かつ正確に行う体制
- ・医事担当の算定誤り、算定漏れの防止、加算・チェック漏れの防止策

④病院職員との協力体制

- ・病院医事職員や医師、看護師等の多職種と協働した請求向上への取り組み
- ・病院の体制変化や業務改善に対する対応方針

⑤診療報酬改定および病院運営に対する企画・提案の実施

- ・改定情報のいち早い情報収集と情報提供および新設項目等についての提案
- ・病院運営に関する情報提供および収益向上等の企画提案

⑥職員の教育体制

- ・患者サービスに対する取り組み方針 (病院イメージアップへの貢献)
- ・新人教育、接遇、個人情報保護、従業員の育成に対する取り組み

⑦苦情やトラブル解決に対する取り組み

- ・請負業務上で発生したトラブルに対する基本的な考え方
- ・苦情やクレーム発生時の処理体制 (マニュアル、再発防止策)

⑧従業員の確保・定着・就業意欲向上のための取り組み

- ・管理責任者の経験と資質及び欠員に対する早期補充の対策
- ・定着と就業意欲向上のための取り組み

⑨業務引き継ぎ時の方針等

- ・両者の立場から引き継ぎ時の方針及びスケジュールについて
- ・新規受託者は従業員の採用と配置計画について

⑩災害時等緊急時の対応方針および医療安全への取り組み

- ・災害発生時に従業員の取るべき行動について (防災訓練参加への考えと実績)
- ・医療安全に対する考えと取り組み (研修会参加への考えと実績)

(様式8号)

医事業務履行実績証明書

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院

理事長 犬伏秀之 殿

申込者 所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

委託業務名	
履行施設名	
履行場所	
契約金額	
契約期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
履行完了期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
業務概要	

下記のとおり履行実績があることを証明してください。

(記人上の注意)

1. 実績対象となる契約

①公立・民間の別は問わないが、必ず発注者から直接受注した実績(元請)に限る。

②過去5年間(平成23年4月1日から平成28年11月30日まで)に履行が完了した同一病院3年以上の医事業務委託の継続実績を評価する。ただし、派遣契約は実績としない。

但し、契約期間が複数年の場合は、その内、1年以上履行が完了していること。

2. 履行施設名は、法人名等を入れた正式名称で記人してください。

3. 履行場所は、都道府縣市町村番地まで記人してください。

4. 契約金額

①履行期間が1年を超える場合は、1年間に相当する額とする。

②契約金額は、取引に係る消費税及び地方消費税を含める。

5. 業務概要は、医事業務、当直業務等当該契約具体的に記人してください。

6. 証明者の証明若しくは、契約書(写)を添付すること。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

証 明 者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(様式9号)

配置予定の管理・業務責任者の資格及び経験

契約業務の名称	徳島県鳴門病院医事業務等委託契約		
従事役職	該当を○で囲む	管理責任者・業務責任者・その他 ()	
配置予定者の氏名			
資格・免許等の名称	登録番号	取得(交付)年月日	
配置 予定 者の 業務 経歴	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期開		
	業務の概要		
	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期開		
	業務の概要		
	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期開		
	業務の概要		

- 1 「配置予定の管理責任者・業務責任者」については、業務責任者や主任等の役職名は問わないが、徳島県鳴門病院医事業務等委託仕様書の要件を満たすこと。
- 2 入札時に届け出た〔配置予定の管理責任者・業務責任者〕は、当該契約業務の履行が開始される時から配置しなければならない。
- 3 この書類は、1人当たり1枚ずつ提出してください(2人以上を届け出る場合は、この用紙をコピーして使用してください)。
- 4 「資格・免許等の名称」は、本業務に対応する国家資格等の主なものを記入して下さい。
- 5 「配置予定者の業務経歴」は、過去の業務経歴の内、主なものから3件以内で記入して下さい。
- 6 〔配置予定者の業務経歴〕の中の「業務の概要」は、当該契約に含まれている業務の内容がわかるように簡潔に記入して下さい。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬伏秀之 殿

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

印

研修実施報告書

①研修日時	②研修名(研修内容)	③研修場所	④参加人数	⑤研修講師 氏名
年 月 日 時～ 年 月 日 時まで				

※様式 7 号の履行実績証明施設における研修実績について記入して下さい。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬 伏 秀 之 殿

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者 _____ 印

(記入上の注意)

- ① 研修日時については、提出前 1 年間の研修実績とする。
- ② 研修名については、「新規採用者教育研修」「接遇研修」等、記入してください。
なお、研修内容については、研修予定内容がわかるよう簡潔に記入するとともに、予定している研修レジュメ等を必ず添付してください。(添付がない場合は評価の対象としません)
- ③ 研修場所については、施設名称を記入してください。
- ④ 参加延人数については、例えば 60 分で 10 人の場合は (60 分×10 人) と記入してください。
※社内研修以外の派遣研修も評価対象としますので、必ず記入してください。
- ⑤ 講師の所属が分かるよう記入してください。(〇〇病院、徳島太郎医師)
※この用紙への記入の際、記入欄が不足する場合は、コピーして記入してください。

(様式 11 号)

研修実施計画書（適正な履行を確保するための研修）

①研修予定日	②研修名(研修内容)	③研修場所	④参加人数	⑤研修講師氏名
年 月				

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
理事長 犬 伏 秀 之 殿

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者 _____ 印

(記入上の注意)

- ① 研修予定日については、契約開始後1年間の研修計画予定のものとする。
- ② 講師については、決定している場合のみ記載してください。