（様式１－１）

「鳥取市立病院情報システム構築事業（基幹システム更新）」

企画提案参加表明書

　見出しのことについて、企画提案に参加します。

企画提案に必要な書類等を期限までに提出します。

令和　　年　　月　　日

鳥取市病院事業管理者　平野　文弘　様

（提出者）

住所

商号又は名称

代表者名 印

（連絡担当者）

所属・職

氏名

電話番号

FAX番号

e-mailアドレス

（様式１－２）

会　社　概　況

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名（代表者氏名） |  |
| 所在地（市町村名） |  | 関係会社 |  |
| 設　立　年　月 |  |
| 資　本　金 |  |
| 社　員　数 | 人 |
| 県内の社員数 | 人 |
| 主要加盟団体 |  | その他主要事項 |  |
| 主要株主 | 株　主　名 |  持株割合（％） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 会社の主要業務： |
|  |
|  |
|  |
| 保有資格認証 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 情報処理技術者数 | ITストラテジストもしくはシステムアナリストもしくは上級システムアドミニストレータ | 人 |
| システム監査技術者 | 人 |
| プロジェクトマネージャ | 人 |
| システムアーキテクトもしくはアプリケーションエンジニア | 人 |
| ネットワークスペシャリストもしくはテクニカルエンジニア（ネットワーク） | 人 |
| データベーススペシャリストもしくはテクニカルエンジニア（データベース） | 人 |
| ITサービスマネージャもしくはテクニカルエンジニア（システム管理） | 人 |
| 情報セキュリティスペシャリストもしくはテクニカルエンジニア（情報セキュリティ）もしくは情報セキュリティアドミニストレータ | 人 |
| 合　　計 | 人 |

※以下の資料を添付すること。

・直近の事業報告書及び決算書

・履歴事項全部証明書

・納税証明書（その３の３）

（様式１－３）

同等システムの導入実績

当院と同等規模以上の団体における、今回導入する電子カルテ、看護業務支援、スマートデバイス、医事会計、歯科会計、患者支援、地域医療連携、電子処方箋等のシステムの構築実績（履行中のものも含む）を記載してください。（過去５年間）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 委託元 | ユーザー数 | 対象システム |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（様式２）

質　疑　書

令和　　年　　月　　日

鳥取市立病院医事課デジタル推進室　御中

「鳥取市立病院情報システム構築事業（基幹システム更新）」企画提案について、以下のとおり質問いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 会社名 |  |
|  | 担当者名 |  |
|  | 電話・FAX |  |
|  | e-mailアドレス |  |

|  |
| --- |
| 質　疑　事　項 |
|  |

（様式３－１）

「鳥取市立病院情報システム構築事業（基幹システム更新）」企画提案書（表紙）

　見出しのことについて、企画提案書を提出します。

企画提案書は、本事業の仕様書及び関係書類の内容を網羅していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日

鳥取市病院事業管理者　平野　文弘　様

（提出者）

住所

商号又は名称

代表者名 印

（連絡担当者）

所属・職

氏名

電話番号

FAX番号

e-mailアドレス

（様式３－２）

提　案　価　格　書

「鳥取市立病院情報システム構築事業（基幹システム更新）」企画提案に、下記の金額で提案します。

令和　　年　　月　　日

記

構築費用　小計（消費税相当額は含まない。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

（参考）保守管理費用　小計５年総額（消費税相当額は含まない。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

鳥取市病院事業管理者　平野　文弘　様

（提出者）

住所

商号又は名称

代表者名 印

※金額は算用数字で表示し、頭書に￥の記号を付記すること。

（様式３－３）

業務実施体制概要書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職 | 所属 | 氏名 | 職種・資格 | 経験年数 | 主な業務履歴 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※本業務を担当する予定者の情報を記載すること。

　総括責任者、事業責任者には、その旨を「役職欄」に附すること。

　その他、ワーキンググループリーダー等、「役職欄」に適宜附すること。

（様式３－４）

追加要件提案書

（自由記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 提案項目 |  |
| 目的および達成水準 |  |
| 提案内容※この提案にかかる費用が提案額に含まれているか否かを明記すること。 |  |

 （様式４）

「鳥取市立病院情報システム構築事業（基幹システム更新）」企画提案参加　辞退届

　見出しのことについて、企画提案参加を辞退します。

令和　　年　　月　　日

鳥取市病院事業管理者　平野　文弘　様

（提出者）

住所

商号又は名称

代表者名 印

（連絡担当者）

所属・職

氏名

電話番号

FAX番号

e-mailアドレス