

山口県立総合医療センター新病院開院支援業務  
公募型プロポーザル様式集

| 番号   | 様式名                | 備考 |
|------|--------------------|----|
| 様式1  | 質問書                |    |
| 様式2  | 参加表明書              |    |
| 様式3  | 提案参加者（会社）概要        |    |
| 様式4  | 提案参加者（会社）の同種業務実績調書 |    |
| 様式5  | 配置予定責任者等一覧         |    |
| 様式6  | 配置予定責任者等調書（統括責任者）  |    |
| 様式7  | 配置予定責任者等調書（主任担当者）  |    |
| 様式8  | 辞退届                |    |
| 様式9  | 企画提案書等提出届          |    |
| 様式10 | 企画提案書              |    |
| 参考様式 | 見積書                |    |

令和 年 月 日

所在地  
商号又は名称  
代表者職及び氏名

## 質問書

| No. | 資料名        | ページ | 項目                    | 内容                        |
|-----|------------|-----|-----------------------|---------------------------|
| 例   | 実施要領       | 3   | 6 参加資格<br>(2)配置予定責任者等 | ※質問の内容を簡潔に分かりやすく記載してください。 |
| 1   |            |     |                       |                           |
| 2   |            |     |                       |                           |
| 3   |            |     |                       |                           |
| 4   |            |     |                       |                           |
| 5   |            |     |                       |                           |
| 連絡先 | 担当者(所属・氏名) |     |                       |                           |
|     | 電話番号       |     |                       |                           |
|     | Eメールアドレス   |     |                       |                           |

※ 適宜、行の追加・削除や幅の変更をしてください。

令和 年 月 日

地方独立行政法人山口県立病院機構  
理事長 岡 紳爾 様

所 在 地  
商号又は名称  
代表者職及び氏名

## 参加表明書

令和 年 月 日付けで手続きの開始の公告のあった、山口県立総合医療センター新病院開院支援業務公募型プロポーザルについて、参加の意思を表明します。

については、実施要領に規定する参加資格をすべて満たしていることを誓約し、相違があった場合は、参加資格を取り消されても異議を申し立てません。

|               |             |
|---------------|-------------|
| 名 称           | フリガナ        |
| 担 当 者         | 所属・役職       |
|               | フリガナ<br>氏 名 |
| 住 所 又 は 所 在 地 | 〒           |
| 電 話 番 号       |             |
| メ ー ル ア ド レ ス |             |

## 提案参加者（会社）概要

|   |             |      |            |
|---|-------------|------|------------|
| 商号又は名称  |             | 事業所数 |            |
| 本社所在地   |             |      |            |
| 設立(創業)<br>年月日                                     |             | 資本金  | 円          |
| 直近の<br>年間売上高                                      |             | 百万円  | (令和 年 月期)  |
| 従業員数  | 役員          | 人    | (令和 年 月現在) |
|   | 正規社員        | 人    |            |
|   | パート・アルバイト等  | 人    |            |
| 資格別<br>技術者数<br><br>〔業務の遂行に<br>有効と思われる<br>資格を適宜記入〕 | 医業経営コンサルタント | 人    |            |
|   |             | 人    |            |
|   |             | 人    |            |
|   |             | 人    |            |
|   |             | 人    |            |

## ●本件業務を担当する営業拠点

|         |  |
|---------|--|
| 名称      |  |
| 住所      |  |
| 担当者     |  |
| 電話番号    |  |
| メールアドレス |  |

※ 適宜、行の追加・削除や幅の変更をしてください。

## 提案参加者（会社）の同種業務実績調書

| No. | 業 務 名 | 発 注 者 | 施設の概要 |       | 業務の概要  |          |
|-----|-------|-------|-------|-------|--|----------|
|     |       |       | 病院名   | 許可病床数 | 内容   | 期間       |
|     |       |       |       |       |  |          |
| 1   |       |       |       | 床     | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器<br><input type="checkbox"/> 医療情報システム | 年 月～ 年 月 |
| 2   |       |       |       | 床     | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器<br><input type="checkbox"/> 医療情報システム | 年 月～ 年 月 |
| 3   |       |       |       | 床     | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器<br><input type="checkbox"/> 医療情報システム | 年 月～ 年 月 |

※1 令和7年4月1日現在としてください。

※2 実施要領6(1)④に定める同種業務の実績を記入してください。

※3 実績は、1病院につき1件までとし、業務完了日が直近のものから記入してください(最大3件)。

※4 同種業務の条件(実施時期、業務内容、許可病床数等)を満たすことを確認できる資料を添付してください。

※5 業務の概要のうち、内容については、当該業務に含まれるすべての項目をチェックしてください。

## 配置予定責任者等一覧

| 業務項目等                               | 所属 | 役職 | 氏名 |
|-------------------------------------|----|----|----|
| 1 統括責任者                             |    |    |    |
| 2 主任担当者<br>(運営計画の策定)                |    |    |    |
| 3 主任担当者<br>(医療機器等整備支援)              |    |    |    |
| 4 主任担当者<br>(医療情報システム等整備<br>計画の策定)   |    |    |    |
| 5 主任担当者<br>(物流管理構築支援)               |    |    |    |
| 6 主任担当者<br>(委託契約の合理化支援)             |    |    |    |
| 7 主任担当者<br>(新病院の運営を見据えた<br>経営基盤の強化) |    |    |    |

※1 「1 統括責任者」は、主任担当者を兼ねることができません。

※2 「2 主任担当者(運営計画の策定)」、「3 主任担当者(医療機器等整備支援)」、「4 主任担当者(医療情報システム等整備計画の策定)」は別でなければなりません。

※3 「5 主任担当者(物流管理構築支援)」、「6 主任担当者(委託契約の合理化支援)」及び「7 主任担当者(新病院の運営を見据えた経営基盤の強化)」が、実施要領6(2)②の条件を満たすこと(同種業務に関して配置予定の業務を含む統括責任者または配置予定の業務の主任担当者として契約履行が完了した実務経験を有すること)を確認できる資料を添付してください。

## 配置予定責任者等調書 (統括責任者)

| 統括責任者の概要 |  |        |      |
|----------|--|--------|------|
| 氏名       |  | 生年月日   | ( 歳) |
| 所属       |  | 実務経験年数 | 年    |
| 役職       |  | 雇用年月日  | ( 年) |

| 保有資格 |             |      |      |
|------|-------------|------|------|
| 番号   | 資格名         | 登録番号 | 取得年月 |
| 1    | 医業経営コンサルタント |      |      |
| 2    |             |      |      |
| 3    |             |      |      |

| 業務実績 |      |     |     |  |          |
|------|------|-----|-----|--|----------|
| 番号   | 業務名称 | 病院名 |     | 業務の概要  |          |
|      |      | 発注者 | 病床数 | 内容   | 期間       |
| 1    |      |     | 床   | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器<br><input type="checkbox"/> 医療情報システム | 年 月～ 年 月 |
| 2    |      |     | 床   |  |          |
| 3    |      |     | 床   | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器<br><input type="checkbox"/> 医療情報システム | 年 月～ 年 月 |

※1 配置予定の統括責任者について記入してください。

※2 令和7年4月1日現在としてください。

※3 「保有資格」は、業務の遂行に有効と思われる資格を適宜記入してください。また、各資格の保有状況を確認できる資料を添付してください。また、適宜、行の追加等をしてください。

※4 「業務実績」は、1病院につき1件までとし、実施要領6(2)①に定める同種業務に係る統括責任者としての実績を、業務完了日が直近のものから記入してください(最大3件)。また、同種業務の条件(実施時期、業務内容、許可病床数等)を満たすことや各業務について統括責任者であったことを確認できる資料を添付してください。なお、提案参加者(会社)に所属する前の実績を含めても構いません。

※5 業務の概要のうち、内容については、当該業務に含まれるすべての項目をチェックしてください。

## 配置予定責任者等調書 (主任担当者)

| 主任する業務                   |          |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 運営計画     |
| <input type="checkbox"/> | 医療機器     |
| <input type="checkbox"/> | 医療情報システム |

| 担当者概要 |  |        |      |
|-------|--|--------|------|
| 氏名    |  | 生年月日   | ( 歳) |
| 所属    |  | 実務経験年数 | 年    |
| 役職    |  | 雇用年月日  | ( 年) |

| 業務実績 |     |     |   |           |
|------|-----|-----|---|-----------|
| 業務名称 | 病院名 |     | 業務の概要   |           |
|      | 発注者 | 病床数 | 内容  | 期間と立場     |
| 1    |     | 床   | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器 | 年 月～ 年 月  |
|      |     |     | <input type="checkbox"/> 医療情報システム                           | 立場: 統括責任者 |
| 2    |     | 床   | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器 | 年 月～ 年 月  |
|      |     |     | <input type="checkbox"/> 医療情報システム                           | 立場: 統括責任者 |
| 3    |     | 床   | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器 | 年 月～ 年 月  |
|      |     |     | <input type="checkbox"/> 医療情報システム                           | 立場: 主任担当者 |
| 4    |     | 床   | <input type="checkbox"/> 運営計画 <input type="checkbox"/> 医療機器 | 年 月～ 年 月  |
|      |     |     | <input type="checkbox"/> 医療情報システム                           | 立場: 主任担当者 |

- ※1 主任する業務(運営計画、医療機器、情報システム整備)毎に記入し、提出してください。
- ※2 令和7年4月1日現在としてください。
- ※3 「業務実績」は、1病院につき1件までとし、実施要領6(2)②に定める同種業務に係る主任担当者の実績を、業務完了日が直近のものから記入してください(統括責任者としての実績と主任担当者としての実績を合わせ最大2件)。また、同種業務の条件(実施時期、業務内容、許可病床数等)を満たすことや、各業務について配置予定の業務項目を含む業務の統括責任者であったこと、配置予定の業務項目の主任担当者であったことを確認できる資料を添付してください。なお、提案参加者(会社)に所属する前の実績を含めても構いません。
- ※4 業務の概要のうち、内容については、当該業務に含まれるすべての項目をチェックしてください。

令和 年 月 日

地方独立行政法人山口県立病院機構  
理事長 岡 紳爾 様

(提出者)

住 所 :

商号又は名称 :

代表者氏名 :

電話番号 :

## 辞 退 届

令和 年 月 日付けで手続きの開始の公告のあった、山口県立総合医療センター新病院開院支援業務公募型プロポーザルについて、「参加表明書」を提出しましたが、都合により企画提案を辞退します。

(担当者)

氏 名 :

部 署 名 :

電話番号 :

E - m a i l :

令和 年 月 日

地方独立行政法人山口県立病院機構  
理事長 岡 紳爾 様

(提出者)

住 所 :

商号又は名称 :

代表者氏名 :

電話番号 :

## 企画提案書等提出届

令和 年 月 日付けで手続きの開始の公告のあった、山口県立総合医療センター新病院開  
院支援業務公募型プロポーザルについて、企画提案書等を提出します。

(担当者)

氏 名 :

部 署 名 :

電話番号 :

E - m a i l :

企画提案書 [評価テーマ名]

Blank area for the proposal content.

※1 実施要領9(2)に定める留意事項を遵守してください。

※2 本様式にかかわらず、任意の書式で作成して差し支えありません。

地方独立行政法人山口県立病院機構  
理事長 岡 紳爾 様

(提出者)

住 所 :  
商号又は名称 :  
代 表 者 名 :  
電 話 番 号 :

## 見積書

山口県立総合医療センター新病院開院支援業務に係る見積金額について、下記のとおり提出します。

記

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

(但し、消費税及び地方消費税を含む。)

(注 意 事 項)

1. 金額は算用数字で記入し、頭部に¥を付記してください。
2. 内訳書(任意様式)を添付してください。