（様式第１-１号）

滋賀県病院事業庁病院経営改善推進業務委託

プロポーザル参加申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　７年　　月　　日

（あて先）

　滋賀県病院事業庁長　あて

所　　在　　地

名　　　　　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

滋賀県病院事業庁病院経営改善推進業務委託についての公募型プロポーザルに参加したいので申請します。

なお、公募型プロポーザル実施要領「３.参加資格」を満たしていること(満たす予定であること)、ならびにこの申請書のすべての記載事項および添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

また、参加申請にあたり、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務所等の所在地 | |  | |
| 担当者 | 所属・氏名 |  | |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： | |
| 「滋賀県ワーク・ライフ・バランス推進企業」の登録、または、次世代育成支援対策推進法に基づく基準適合一般事業主として厚生労働大臣の認定の有無  ※｢有｣の場合　登録または認定の有無がわかるものを添付 | | | 有　　　無 |
| 高年齢者就業確保措置について、労使協定の締結または就業規則の労働基準監督署への届出の有無  ※｢有｣の場合　労使協定または就業規則の該当箇所の写しを添付 | | | 有　　　無 |
| 障害者の雇用の促進等に関する取組のうち、次のいずれかの該当の有無  □ 障害者の雇用に関する状況の報告義務がある事業者で  ある場合　→　法定雇用率の達成の有無  ※｢有｣の場合　公告時点の障害者雇用状況報告書の写しを添付  □ 障害者の雇用に関する状況の報告義務がない事業者で  ある場合　→　障害者の雇用の有無  ※｢有｣の場合　障害者を雇用している旨の申立書（様式任意）を添付  □ 「しが障害者施設応援企業」の認定の有無  ※｢有｣の場合　認定の有無がわかるものを添付  □ 障害者の雇用の促進等に関する法律に基づく基準適合事業主として厚生労働大臣の認定を受けている  ※｢有｣の場合　認定の有無がわかるものを添付 | | | 有　　　無 |
| 「滋賀県女性活躍推進企業」の認証、または、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく基準適合一般事業主として厚生労働大臣の認定の有無  ※｢有｣の場合　認証または認定の有無がわかるものを添付 | | | 有　　　無 |
| 環境マネジメントシステムのうち、次のいずれかの認証・登録の有無  □国際標準化機構が定めた規格ＩＳＯ14001に適合している旨の認証  □一般財団法人持続性推進機構（平成23年９月30日以前に登録・更新した場合は、財団法人地球環境戦略研究機関持続性センター）の実施するエコアクション21の認証・登録  □特定非営利活動法人ＫＥＳ環境機構の実施するＫＥＳ・環境マネジメントシステム・スタンダードの登録  □一般財団法人エコステージ協会の実施するエコステージの認証  ※｢有｣の場合　認証または登録の有無がわかるものを添付 | | | 有　　　無 |
| 滋賀県内に本社または事業所を置く企業・団体等（国および地方公共団体を除く。）である  ※｢有｣の場合　事実がわかるものを添付  ※グループ参加の場合は幹事事業者の本社・事業所を基準とする | | | 有　　　無 |

（様式第１－２号）

業務受託実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【着目点】令和４年４月１日から令和７年３月３１日までの400床以上の病院での事業実績 | | | | |
| 病院名 | | 規模  （病床数） | 事業内容および事業の成果 | 契約期間 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

※行が足りない場合は、行を追加し、記入ください。

※各業務受託実績について、内容や事業の成果等が確認できる書類を添付してください。

（様式第２号）

滋賀県病院事業庁病院経営改善推進業務委託

企画提案書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　７年　　月　　日

（あて先）

　滋賀県病院事業庁長　あて

所　　在　　地

名　　　　　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 評価分類 | | ①業務実施方針 | | 評価項目 | ・業務の実施方針  ・特筆すべき特徴 |
| １ | これまでの経緯・実績 | | (記入例：  　・●●年　事業立ち上げ  　・●●年　●●社から独立  　・令和７年４月1日現在、累計●●病院で業務を受託） | | |
| ２ | 基本的な方針、取組姿勢 | |  | | |
| ３ | 特筆すべき特徴  （他事業者と差別化できる特徴等） | | (記入例：  　・●●のコンサルティング業務に特化した事業者である  　・他病院の案件において●●億円の医業収益向上に貢献　等） | | |
| ４ | その他 | | (業務の実施方針について、上記1～3以外で記載すべき内容がある場合に記入) | | |

※枠の幅が足りない場合は、行を引き延ばす・追加する等により適宜ご対応ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 評価分類 | | ②業務実施体制 | | 評価項目 | ・業務の主担当者の略歴、実績  ・業務の実施体制、実務実施予定人員 |
| １ | 主担当者名 | |  | | |
| ２ | 主担当者の  これまでの略歴 | |  | | |
| ３ | 主担当者の  実務実績 | |  | | |
| ４ | 実務実施体制 | | (記入例：  事業所全体で、主担当者●名（専任●名）、補助担当者●名（専任●名）  補助担当者は業務従事歴●年が●名　等） | | |
| ５ | 実務実施内容 | | (記入例：  主担当者：●●に関する業務  補助担当者●●：●●に関する業務　等） | | |
| ６ | その他 | | (業務実施体制について、上記１～５以外で記載すべき内容がある場合に記入) | | |

※枠の幅が足りない場合は、行を引き延ばす・追加する等により適宜ご対応ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価分類 | ③実務実施方法 | 評価項目 | ・業務の適合性　　・業務受託後のスケジュール  ・提案の有益性　　・提案の実現可能性  ・提案の独自性　　・提案の具体性 |
| ※別紙のとおり  （文字は概ね10.5㌽前後、サイズはＡ４(必要に応じてＡ３折込可)） | | | |

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス |  |
| 電子メール |  |

質　問　事　項

|  |
| --- |
| ＊箇条書きで簡潔に記載してください。 |