様式第１号

年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　様

**参加申出書兼参加資格確認申請書**

大分県立病院　第3期\_病院総合情報システムへの二要素認証システム設計構築業務委託に関するプロポーザルへの参加を申し込みます。

　なお，プロポーザル参加資格要件を満たしていること及び送付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

 会社名

 所在地

 代表者職氏名 印

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

様式第２号

年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　様

**参　加　辞　退　届**

大分県立病院　第3期\_病院総合情報システムへの二要素認証システム設計構築業務委託に関する

プロポーザルへの参加について辞退します。

 会社名

 所在地

 代表者 印

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

様式第３号

年　　月　　日

**プロポーザルに関する質問書**

|  |  |
| --- | --- |
| 社名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |

様式第４号

年　　月　　日

大分県立病院長　佐藤　昌司　様

（提出者）

 住所 ：

 電話番号 ：

 Eメール ：

 会社名 ：

 代表者 ： 印

**企　画　提　案　書**

業務名　：　第3期\_病院総合情報システムへの二要素認証システム設計構築業務委託

　上記業務について、企画提案書を提出します。

様式第5号

|  |
| --- |
| **企画提案（全体構成・基本機能）** |
| ソリューションの全体構成、基本機能について記載すること |

様式第5号

|  |
| --- |
| **企画提案（システム障害時の機能）** |
| 認証システムに障害が生じた場合の対処機能を記載すること。 |

様式第5号

|  |
| --- |
| **企画提案（独自機能、自社製品のメリット、自由提案）** |
| 本業務全体に関して特にアピールしたい事項を記載すること。（例：調達に関する工夫、新技術の取込など自社と契約した際のメリット等々）注）「提案金額内で実施可能な事項」と「有償のオプション機能」は明確に区分して記載すること。　　　　 |

様式第5号

|  |
| --- |
| **企画提案（認証データ登録作業に関する管理部門の負担軽減について）** |
|  |

様式第6号

|  |
| --- |
| **事　業　所　の　概　要** |
| 事業所名 |  |
| 本社住所 |  |
| 代表者 |  |
| 本件に関する連絡窓口 |  |
| 設立年月日 |  | 資本金 | 万円 |
| 従業員数 | 名 | 担当技術者数 | 名 |
| 売上高・経常利益 | [売上高][経常利益] |
| 主要株主 |  |
| 事業所の取得資格（取得年月日） |  |
| 事　業　内　容 |
| 事業者の概要を記載したパンフレット等があれば添付での代用可。 |

様式第7号

|  |  |
| --- | --- |
| **業　務　履　行　体　制** |  |
| **役割** | **担当業務(役割)の内容****手がけた病院名：数例** | **予定者氏名** | **役職** | **経験年数** |
| **主担当者** |  |  |  |  |
| **副担当者** |  |  |  |  |
| **他担当者** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注）枠が不足する場合は、適宜挿入してください。

様式第8号

|  |
| --- |
| **業務履行体制について** |
|  |

様式第9号

|  |
| --- |
| **導入計画・予定スケジュール** |
| **業務項目** | **作業項目** | **作業量目安** |
|  |  | 主：　人日**副**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | 主：　人日**副**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | 主：　人日**副**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | 主：　人日**副**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |  | 主：　人日**副**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  | **合　計** | 主：　人日**副**：　人日**他**：　人日**計**：　人日 |
|  |
| **予定スケジュール** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

注）枠が不足する場合は、追加挿入して下さい。

様式第10号

|  |
| --- |
| 同種ソリューションの導入実績　（直近順に記入、20件まで） |
| 施設名 | 病床数 | 導入機能/範囲 | 導入時期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注）枠が不足する場合は、適宜調整して下さい。

様式第１1号

**提案見積金額**

**業務概要**

|  |
| --- |
| **①　救急時閲覧機能構築に関する費用****※本調達に含む費用をよく確認すること。****※費用内訳は、任意書式で可**概算見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込） |
| **②　院内展開した場合の追加費用****※本対象に含む費用をよく確認すること。****※費用内訳は、任意書式で可****提案見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |
| **①と②の合計額****提案見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |
| **③　1年目の保守費用****※本対象に含む費用をよく確認すること。****※費用内訳は、任意書式で可****提案見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |
| **④　2～7年目の保守費用****※本対象に含む費用をよく確認すること。****※費用内訳は、任意書式で可****提案見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |
| **③と④の合計額****提案見積金額　　　　　　　　　　　　　円（税込）** |