（様式１）

令和　　年　　月　　日

奈良県救急安心センター等運営事業公募型プロポーザルに関する質問票

 　商号又は名称

 　担当者名

１．質問

|  |
| --- |
| （質問者記入欄） |

　　　質問に対する回答

|  |
| --- |
| （奈良県記入欄） |

２．質問

|  |
| --- |
| （質問者記入欄） |

　　　質問に対する回答

|  |
| --- |
| （奈良県記入欄） |

（様式２）

令和　　年　　月　　日

　　奈良県知事　荒井　正吾　様

 所在地

 商号又は名称

 代表者名 　 印

奈良県救急安心センター等運営事業公募型プロポーザル参加表明書

奈良県救急安心センター等運営事業に係るプロポーザルへの参加を希望します。

なお、当社は「奈良県救急安心センター等運営事業公募型プロポーザル実施要領」の３．参加資格を全て満たすことを誓約いたします。

 企画提案競技に係る連絡先

 　　部署名

 　　担当者職氏名

 　　住所

　 　　電話

　 　　ＦＡＸ

　 　　E-Mail

（様式３）

令和　年　　月　　日

　　奈良県知事　荒井　正吾　様

 所在地

 商号又は名称

 代表者名 　 印

同種又は類似業務の受注実績

　奈良県救急安心センター等運営事業についての同種又は類似業務の受注実績は次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  |
| 受託金額 |  |
| 業務概要 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  |
| 受託金額 |  |
| 業務概要 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  |
| 受託金額 |  |
| 業務概要 |  |

※公告日から過去５年以内に、国又は地方公共団体から、同種または類似する業務を受託し、誠実に履行した実績を有する者であること。(※同種業務とは、公告日から過去５年間の間に、国又は地方公共団体から受託し、誠実に履行を完了した＃７１１９業務とする。類似業務とは、過去５年間の間に、国又は地方公共団体から受託し、誠実に履行を完了した電話相談業務とする。)

※契約書（写）等の内容が確認できる資料を添付すること。

※必要に応じて、適宜枠を追加して使用すること。

（様式４）

奈良県救急安心センター等運営事業に係る

公募型プロポーザル方式委託事業者募集　参加申込書

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　荒井正吾　様

　奈良県救急安心センター等運営事業委託プロポーザル実施要領及び同仕様書を理解し、奈良県救急安心センター等運営事業委託に係る公募型プロポーザル方式委託事業者募集に参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

　なお、提出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。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 所在地 | 　　 |
| 電　話　番　号 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ 番 号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式５）

事 業 者 概 要 書

　奈良県救急安心センター等運営事業に係る事業者概要については次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称等 | 商号又は名称代表者名所在地　　〒連絡責任者職氏名TELFAXE-Mail |
| 設立年月 | 　　　　年 　　　月 | 資本金 | 　　　　　万円 | 従業員 | 　　　　　人 |
| 主たる業務内容 |  |
| 本業務の受注体制 | ■委託業務実施に予定する作業人員実人員　　　　　　人　　　　　延べ人員　　　　　　　　人日 |
| 備考 |  |

※会社概要等があれば添付してください

（様式６）

業務担当予定者名簿

業務担当予定者名簿の作成方法

|  |
| --- |
| １．下記表により作成するものとするが、表の項目を含むものであれば任意様式による提出でもよい。２．氏名の掲載は任意とする。３．経験年数は下記のとおり記載する。・看護師　　　・・・臨床経験年数、電話相談業務に関する経験年数・医師　　　　・・・臨床経験及び救急医療経験年数　　・業務監督員　・・・消防救急に関する経験年数　　・オペレーター・・・医療事務、電話相談業務に関する経験年数　　※下記項目（職種、担当業務、担当業務経験年数、経験年数）が含まれていれば、別紙でも可とする。 |

Ⅰ　救急安心センター

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 担当業務 | 担当業務経験年数 | 経験年数 |
|  ○○ ○○ | 看護師 | 相談 | ５年 | ○○病院小児科病棟 ４年○○病院内科病棟　 ５年○○市救急安心センター相談業務　５年 |
|  ○○ ○○ | 医師 | オンコール | ３年 | ○○病院外科外来　 ４年６月○○救命救急センター（救急科）６年 |
|  △△ △△ | 消防署職員 | 業務監督員 | ２年 | ○○消防本部○○消防署８年○○消防本部救急課　５年 |

Ⅱ　救急医療相談事業

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 担当業務 | 担当業務経験年数 | 経験年数 |
|  ○○ ○○ | 看護師 | 相談 | ５年 | ○○病院小児科病棟 ４年○○病院外科病棟　 ５年○○県小児救急医療相談業務　５年 |
|  ○○ ○○ | 看護師 | 相談 | ４年 | ○○病院内科病棟 　９年 |
|  ○○ ○○ | 看護師 | 相談 | ５年 | ○○病院内科病棟 　４年○○病院外科病棟　 ５年○○病院救命救急センター　ICU８年 |
|  ○○ ○○ | 医師 | オンコール |  | ※Ⅰ救急安心センターにおける医師と同様 |
|  △△ △△ | 消防署職員 | 業務監督員 | ２年 | ○○消防本部○○消防署８年○○消防本部救急課　５年 |

Ⅲ　救急医療情報センター

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 担当業務 | 担当業務経験年数 | 経験年数 |
|  ○○ ○○ | オペレーター | 相談 | ５年 | ○○病院事務 ４年○○病院事務　 ５年○○○○電話相談業務　３年 |
|  ○○ ○○ | オペレーター | 相談 | ３年 | ○○診療所事務　６年○○クリニック事務　３年○○○○電話相談業務　７年 |
|  △△ △△ | オペレーター | 相談 | ２年 | ○○○○電話相談業務　３年 |

（様式７）

見　積　書

令和　　年　　月　　日

　　奈良県知事　荒井　正吾　様

 所在地

 商号又は名称

 代表者名 　 印

見積書の作成方法

|  |
| --- |
|  １．下記様式により作成するものとするが、下記の項目を含むものであれば任意様式　　 による提出でもよい。 ２．見積金額については、３事業ごとに記載すること。　　 ※３事業・・・Ⅰ　救急安心センター事業　　　　　　　　　 Ⅱ　救急医療情報センター事業　　　　　　　　　 Ⅲ　救急医療情報センター事業 |

 １．見　積　金　額 　 円（税抜）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（合計）

 ２．所要経費の内訳

　　Ⅰ　救急安心センター事業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 費　目 | 金額（税抜） |
|  報償費（相談員給与等） |  |
|  需用費（消耗品費、印刷製本費等） |  |
|  役務費（通信運搬費、郵送料等） |  |
|  使用料及び賃借料（リース料等） |  |
|  賠償責任保険料 |  |
|  合　　計 |  |

　　Ⅱ　救急医療相談事業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 費　目 | 金額（税抜） |
|  報償費（相談員給与等） |  |
|  需用費（消耗品費、印刷製本費等） |  |
|  役務費（通信運搬費、郵送料等） |  |
|  使用料及び賃借料（リース料等） |  |
|  賠償責任保険料 |  |
|  合　　計 |  |

Ⅲ　救急医療情報センター事業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 費　目 | 金額（税抜） |
|  報償費（相談員給与等） |  |
|  需用費（消耗品費、印刷製本費等） |  |
|  役務費（通信運搬費、郵送料等） |  |
|  使用料及び賃借料（リース料等） |  |
|  賠償責任保険料 |  |
|  合　　計 |  |