（様式５）

令和　　年　　月　　日

プロポーザル参加資格要件確認申請書

長岡赤十字病院

院長　川嶋　禎之　様

所　 在　 地

商号又は名称

代表者氏名

長岡赤十字病院医療情報システム設計構築業務　公募型プロポーザルに係る参加資格要件確認のために、必要書類を添付して申請いたします。

なお、長岡赤十字病院医療情報システム設計構築業務　公募型プロポーザル実施要領の７に規定する参加資格要件を満たしていること、並びに本申請書の添付書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

〔添付書類〕

(1)　プロポーザル参加資格要件確認資料（様式６）

(2)　会社概要（様式７）（パンフレット等）

(3)　納入（履行）実績証明書（様式９）

(4)　稼働実績証明書（様式10）

(5)　上記「納入（履行）実績証明書」に記載した案件の契約書の写し等それを証明できるもの

(6)　令和６年１月1日以降に発行された納税証明書等の写し(未納がないことを証明したものに限る。）※新潟県に事務所又は事業所を有する者に限る。

（様式６）

令和６年　　月　　日

プロポーザル参加資格要件確認資料

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要件 | 内容 | 備考 |
| ア　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４の規定に該当しない者であること。 | 満たしている  ・  満たしていない |  |
| イ 次のいずれにも該当しない者であること。  (ア)　令和６年１月１日以降に民事再生法（平成11年法律第225号）第21条第１項の規定による再生手続きの申立てをした者又は同条第２項の規定に基づく再生手続開始の申立てをされた者 | 満たしている  ・  満たしていない |  |
| (イ)　令和６年１月１日以降に会社更生法（平成14年法律第154号）第17条第１項の規定による更生手続開始の申立てをした者又は同条第２項の規定に基づく更生手続開始の申立てをされた者 | 満たしている  ・  満たしていない |  |
| ウ　新潟県暴力団排除条例（平成23年新潟県条例第23号）第６条に定める暴力団、暴力団員又はこれらの者と社会的に避難されるべき関係を有する者でないこと。 | 満たしている  ・  満たしていない |  |
| エ　新潟県の県税の納税義務を有する者にあっては、県税の未納がない者であること。 | 満たしている  ・  満たしていない  ・  新潟県の県税の納税義務を有しない |  |
| オ　新潟県内において一般病床数400床以上の病院の電子カルテを核とした医療情報システムの開発業務を履行した実績を２件以上有すること。 | 満たしている  ・  満たしていない |  |
| カ　本実施要領の交付を受けている者であること。 | 満たしている  ・  満たしていない |  |

（様式７）

令和６年　　月　　日

会社概要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事　業　所　名 |  |
| ２ | 本　社　所　在　地 |  |
| ３ | 代　表　者　名 |  |
| ４ | 設立年月日 |  |
| ５ | 資　本　金 |  |
| ６ | 従　業　員　数  （うち、医療従事者数） | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７ | 新潟県内の事業所所在地 |  |
| ８ | ＩＳＯの取得状況 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡担当者  （部署）  （職・氏名） | （電話・内線）  （FAX） | (電子メール) |

（様式８）

令和６年　　月　　日

納入（履行）実績証明書

長岡赤十字病院

院長　川嶋　禎之　様

所　 在　 地

商号又は名称

代表者氏名

次のとおり、新潟県内における一般病床数４００床以上の病院において、電子カルテシステムを納入し、現に稼働している実績を有しておりますので届出ます。

記

＜納入実績１＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①業務名 |  | |
| ②システムの概要 |  | |
| ③発注者 |  | |
| ④病院名（病床数） |  | （　　　　　　） |
| ⑤納入年月日 |  | |
| ⑥病院の所在地 |  | |

※「②システムの概要」欄には、システム導入対象のシステム名（部門システム含む）ごとに詳細に記載してください。

＜納入実績２＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①業務名 |  | |
| ②システムの概要 |  | |
| ③発注者 |  | |
| ④病院名（病床数） |  | （　　　　　　） |
| ⑤納入年月日 |  | |
| ⑥病院の所在地 |  | |

※「②システムの概要」欄には、システム導入対象のシステム名（部門システム含む）ごとに詳細に記載してください。

※　３以上の実績がある場合は、直近納入日の２システムを記載してください。

（様式９）

令和６年　　月　　日

稼働実績証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 病床数  （床） | 発注者 | システム概要 | 完成月日 | 電話番号（代表） | P.マネージャ  （P.リーダ） |
| （例）  ○○○○  県立病院 | 550 | ○○県 |  | ○年○月  稼働 |  | ○○　太郎  （○○ 三郎） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※　新潟県内における一般病床400床以上規模の病院で、電子カルテシステム（オーダリングシステム、看護支援システム等を含む。）が稼働中である病院を挙げること。

※　システム概要の欄には、機能等で特記すべき事項を記入すること。

※　プロジェクトマネージャ（プロジェクトリーダ）の欄には、上段にプロジェクトマネージャ、下段に括弧書きでプロジェクトリーダを記すこと。