（様式１‐１）

**企画提案参加資格審査申請書**

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

理事長　遠山　正彌 様

(申請者)

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

平成３０年度に、地方独立行政法人大阪府立病院機構本部事務局が行う「医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期」に参加したく、関係書類を添えて参加資格の審査を申請します。なお、申請書及び関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、募集要項の３．資格要件を遵守しなかったとき又はその者を代理人、支配人その他の使用人若しくは企画提案代理人として使用する者及び下記のいずれかに該当したときは、参加資格の取り消しをされても何ら異議の申立てをしません。

記

１．　医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期委託契約を締結する能力を有しない者

２．　罰金以上の刑に処せられた者

３．　その他企画提案参加業者としてふさわしくない行為のあった者

(資格要件に関する提出書類)

* 募集要項３．(8)の委託契約に係る「契約（取引）実績等調書」（様式１‐２）及びこれを証する当該契約書の写し　又は　「契約（取引）実績に係る証明書」（様式１‐３）
* 代理人を選任した場合は、「委任状」（様式１‐４）

|  |  |
| --- | --- |
| 平成２９・３０年度大阪府物品・委託役務関係競争入札参加資格の有無 | |
| 登録契約種目・業種  （番号または小分類名）  　　(種目コード　140　) | A.登録済（業者番号：　　　　　　　　　　　　）  B.申請中（電子申請　到達確認番号：　　　　　） |

資格審査結果送付先メールアドレス　　　　　　　＠

（様式１‐２）

**契約（取引）実績等調書**

平成　　年　　月　　日

申請者　所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　 印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契 約 日 | 履 行 期 間 | 契 約 件 名 | 契約金額 | 取 引 先  及び  取引先病床数 |
| 平成 　　年  　月 　　日 | 年　　月　　日  　～  　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 平成 　　年  　月 　　日 | 年　　月　　日  　～  　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 平成 　　年  　月 　　日 | 年　　月　　日  　～  　　年　　月　　日 |  |  |  |

（注）記入上の注意

1) 募集要項で示した資格要件を満たす契約のみ記載すること。

2) 契約毎に、契約日、履行期間、契約件名、金額、取引先及び取引先病床数を記載すること。

3) 記載した契約について、契約書等の写しを添付すること。

4) 契約書付属文書で資格要件に触れないものは、添付を省略可。

5) 契約書等の写しがない場合は、別紙「契約(取引)実績に係る証明書」（様式１‐３）により発注者の証明を取得して添付すること。

（様式１‐３）

**契約（取引）実績に係る証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

　　　地方独立行政法人大阪府立病院機構の医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期に係る企画提案参加資格審査申請を行うに当たり、同機構本部事務局に提出する必要がありますので、下記のとおり取引があったことを証明願います。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 契 約 件 名 | | 契約日 | 履 行 期 間  （予定） | 契約金額（円） | システム内容 | 病床数 |
|  | | 平成　 年  　 月 　日 | 年　 月 　日  ～  　年 　月 　日 |  |  | 床 |
|  | | 平成　 年  　 月 　日 | 年 　月 　日  ～  　 年 　月 　日 |  |  | 床 |
|  | | 平成　 年  　 月 　日 | 年 　月 　日  ～  　年 　月 　日 |  |  | 床 |
|  |  | | | | | |

　　上記の取引について、完全に履行されたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　 　年　 　月 　　日

　　　　　　　　　　　（発注者）

　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

（様式１‐４）

**委任状**

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

理事長　遠山　正彌 様

　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　 　　　　　　　　　　　　　 印

（登録印）

　私　　　　　　　　　　　は　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、

地方独立行政法人大阪府立病院機構における医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期に係る企画提案に関する下記の権限を委任します。

記

委任する権限

１　企画提案参加資格申請に関する件

２　見積り、企画提案、契約締結、契約代金の請求及び受領に関する件

３　復代理人選任に関する件

受任者使用印鑑

|  |
| --- |
|  |

（様式２）

**企画提案応募申込書**

　　　　　　　平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

理事長　遠山　正彌 様

(申請者)

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

平成３０年度に大阪府立病院機構が行う「医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期」企画提案に申し込みます。

（様式３-1）

**医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期**

**企画提案チェックリスト**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　目 | 企画提案の該当頁 |
| 1. 構築の検討調査手法に関する事項 2. 仕様書の内容を予定された期間内に実現するための工程に関する記述 3. 効率的で適切な検討調査の手法に関する記述 4. 詳細な費用対効果を分析算出する手法に関する記述 5. 具体的な実現方法に関する記述 | 頁  頁  頁  頁 |
| （２）　本委託事業の実施における視点、方向性に関する事項   1. 医療情報共有プラットフォームの将来構想を踏まえたシステムの更新、新システムの導入/適用に関する記述 2. 地域医療ネットワークの設計更新方法、課題、業務連携に関する記述 3. 地域医療ネットワークの技術動向の調査方法や評価方法に関する記述 4. システム化を進めるうえでの業務分析や業務改善を進めるための記述 5. 効率的な業務システムの設計方法に関する記述 6. リスク管理も含めた費用対効果のある冗長化に関する記述 7. システムライフサイクルを踏まえたトータルコスト管理の実現方法に関する記述 | 頁  頁  　　頁  頁  　　頁  　　頁  　　頁 |
| （３）プロジェクト管理に関する事項   1. 効率的なプロジェクト管理の手法に関する記述 2. スケジュール遅延に関するリカバリ対応に関する記述 3. プロジェクトの進捗状況等の情報のフィードバックを含めた情報共有の手法に関する記述 | 頁  　　頁    頁 |
| （４）要員及び体制に関する事項   1. 地域医療ネットワーク構築業務に携わる高度かつ専門的な知識を有するものを適切に配置する体制に関する記述 2. 本委託業務の実施体制（役割や役職、資格、経験年数）、支援体制に関する記述 3. 本委託業務の実施体制（常駐・非常駐、専任・兼任レベル）に関する記述 | 頁  　　頁  　　頁 |
| （５）事業実績に関する事項   1. 地域医療ネットワーク構築業務の実績に関する記述 2. 地域医療ネットワーク構築業務におけるスケジュール・組織体制等に関する記述 | 頁  　　　頁 |
| （６）平成３０年度の開発管理に関する提案について（参考）   1. システム開発作業の管理手法と管理体制に関する提案   　開発の完了時評価方法と評価結果フィードバックの方法に関する提案 | 頁 |

＊複数頁に亘る場合はこの様式に沿って紙幅を増やしても差し支えない。

　（様式４）

**質　　　問　　　書**

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

理事長　遠山　正彌 様

商号 又は 名称

職　・　氏　名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

メールアドレス

地方独立行政法人大阪府立病院機構の医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期の企画提案に係る募集要項及び仕様書等について、下記の疑義にご回答ください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　項　目 | 内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（注意事項）

１　質問のある方は、本質問書を平成３０年７月１８日（水）午後４時までに、大阪府立病院機構本部事務局プロジェクト推進グループまで電子メールで提出すること。

　【質問書の送付先】

　　大阪府立病院機構本部事務局プロジェクト推進グループ

　　ＴＥＬ０６-６８０９-５３０９

Mailアドレス：pj\_suishin@opho.jp

２　　本件企画提案に係る提案書作成に直接関係のない質問及び指定した日時を過ぎて送付された質問書については、いずれも回答しないので注意すること。

（様式５）

**委任状**

平成　 　年 　　月 　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

理事長　遠山　正彌 様

　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　 　　　　　　　　　　　　　　　 印

　私　　　　　　　　　　　は　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、地方独立行政法人大阪府立病院機構の医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期に係る企画提案において、企画提案を行う権限を委任します。

記

１　契約業務名　　　医療情報共有プラットフォーム構築Ⅰ期

２　代理人使用印鑑　次のとおり

代理人使用印鑑

|  |
| --- |
|  |