**参加者資格確認申請書**

（申請書様式１－１）

平成　　年　　月　　日

（あて先）千葉市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　印

担当者所属

氏名

電話

e-mail

プロポーザルに参加を希望しますので、下記のとおり関係書類を添付して申請します。また、この申請書については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　業 務 名

千葉市病院局経営改善支援業務委託

２　添付書類

（１）履行実績についての契約書の写し

（２）誓約書(申請書様式2-1及び申請書様式2-2)

（３）市税完納及び特別徴収に関する証明書（市内に本店又は営業所を有する場合）

（４）病院事業に関する説明会参加申込書(申請書様式3)

（５）平成３０・３１年度千葉市委託入札参加資格者名簿への登録申請の完了を証する書類（平成３０年４月時点で同名簿に未登録の場合）

　 ※（５）の提出が必要な場合は、同書類のみ平成30年5月14日（月）午前11時までに提出すること

３　経営改善支援業務の履行実績

（１）経営診断業務

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 履行場所 | （病床数） |
| 発注者名 |  |
| 病院区分 |  |
| 期　間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 受注形態等 | 単体　／　共同企業体（出資割合）　　　　％ |
| 業務内容等 |  |

（２）行動計画立案業務

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 履行場所 | （病床数） |
| 発注者名 |  |
| 病院区分 |  |
| 期　間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 受注形態等 | 単体　／　共同企業体（出資割合）　　　　％ |
| 業務内容等 |  |

（３）集患対策の取組み（「地域医療連携」の履行実績のみを記載すること）

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 履行場所 | （病床数） |
| 発注者名 |  |
| 病院区分 |  |
| 期　間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 受注形態等 | 単体　／　共同企業体（出資割合）　　　　％ |
| 業務内容等 |  |

（４）診療報酬・ＤＰＣデータ分析による経営改善の取組み

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 履行場所 | （病床数） |
| 発注者名 |  |
| 病院区分 |  |
| 期　間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 受注形態等 | 単体　／　共同企業体（出資割合）　　　　％ |
| 業務内容等 |  |

（５）費用削減にかかる取組み

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 履行場所 | （病床数） |
| 発注者名 |  |
| 病院区分 |  |
| 期　間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 受注形態等 | 単体　／　共同企業体（出資割合）　　　　％ |
| 業務内容等 |  |

４　注意点

（１）申請にあたり、現在の受注状況等を勘案し、必要人員の確保等について十分に考慮のうえ提出すること。

（２）申請は、原則として本店の代表者名で行うこと。ただし、平成３０・３１年度競争入札参加資格申請（登録）時に支店長等に入札・契約等に関する権限を委任している場合は、受任者名で申請すること。

（３）押印は、実印、使用印等の届出印とする。

（４）上記３の履行実績について、それぞれ「契約書の写し」を提出すること。

（５）申請受付後、必要に応じて、別途関係書類の提出又は説明を求めることがある。

（６）履行実績は、平成２５年度から平成２９年度までの２５０床以上の公立病院、公的病院及び大学病院の実績を記載すること。

（７）病院区分については、「公立病院、公的病院、大学病院」の別を記載すること。