様式１（提案書作成要領５関係）

年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

　次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける令和６年度ＤＸ伴走支援業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

様式２（提案書作成要領５関係）

年　　月　　日

業　務　経　歴　書

横浜市病院事業管理者

　業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

契約番号：

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける令和６年度ＤＸ伴走支援業務委託

※一般競争入札の場合は、契約番号又は公告番号を記入してください。

上記案件に関し、令和３年４月１日～令和６年３月31日の期間に次のとおり業務経歴があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注文者 | 受注区分 | 件名 | 業　務　内　容 | 契約金額  （千円） | 履　　行  期　　間 |
|  | * 元請 * 下請 |  |  |  | から  まで |
|  | □　元請  □　下請 |  |  |  | から  まで |
|  | □　元請  □　下請 |  |  |  | から  まで |

（注意）

１　案件ごとに提出してください。なお、案件数が多い場合には、別紙を添付して提出することも可とします。

２　設計図書に基づく業務又はこれと同種の業務について、完了したものを記載してください。なお、注文者は官公庁・民間を問いません。

３　下請業務等については、注文者は元請者を記載し、その下に発注者を（　 ）で記載してください。その場合、件名及び業務内容は、下請業務について記載してください。

様式５（提案書作成要領６関係）

年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

質　問　書

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける令和６年度ＤＸ伴走支援業務委託

|  |
| --- |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
|  |

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

様式７（提案書作成要領７関係）

年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　提　案　書

　次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける令和６年度ＤＸ伴走支援業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

様式８（提案書作成要領７関係）

入札（見積）書

　　年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　 　　　　　 　　　　　　㊞※

　次の金額で、関係書類を熟覧のうえ、横浜市医療局病院経営本部契約規程を遵守し入札

（見積）いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　額  （賃借料及び  広告料の月額） |  |  |  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける令和６年度ＤＸ伴走支援業務委託

（注意）

　　入札（見積）書には、消費税法第９条第１項規定の免税事業者であるか課税事業者であるかを問わず、見積った契約希望価格の 110分の 100に相当する金額を記載すること。

※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |
| **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | |
|  |  |  |
| **連　　　絡　　　先** |  |  |
|  |

（注意）

１　入札の場合、押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、無効とする。

２　入札の場合、「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、無効とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。

３　入札の場合、「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、無効とする。

------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 横浜市使用欄 | 横浜市病院事業担当者名 |  |
| 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 |
| 確認方法  （☐随意契約のため、在籍確認不要） | 通知書・申請書類・本人確認書類  （　　　　　　　　）  電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  |

様式９（提案書作成要領７関係）

企業としての取組確認票

次の１～７について、該当するものにチェックをしてください。ただし、「策定している」、「認定されている」、「達成している」を選択した場合は、証明できる文書を添付してください。

１　次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

□　策定し、労働局に届け出ている

□　策定していない

提出書類：労働局の受付印のある「一般事業主行動計画」の写し

２　次世代育成支援対策推進法に基づく認定

□　認定を受けている

□　認定を受けていない

提出書類：「基準適合一般事業主認定通知書」の写し又は「基準適合認定一般事業主認定通知書」の写し

３　女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定

□　認定を受けている

□　認定を受けていない

提出書類：「認定通知書」の写し

４　青少年の雇用の促進等に関する法律に基づくユースエール認定の取得

□　認定されている

□　認定されていない

提出書類：「認定通知書」の写し

５　よこはまグッドバランス賞の認定

□　認定されている

□　認定されていない

提出書類：「認定通知書」の写し又は「認定証」の写し

６　障害者雇用促進法に基づく法定雇用率2.3％の達成

□　達成している

□　達成していない

提出書類：最新年度の障害者雇用状況報告書（「事業主控」）の写し

７　健康経営銘柄、健康経営優良法人（大規模法人・中小規模法人）の取得、又は、横浜健康経営認証のＡＡＡクラス若しくはＡＡクラスの認証

□　認定若しくは認証を受けている

□　認定若しくは認証を受けていない

提出書類：健康経営銘柄、健康経営優良法人を取得している場合は「認定証の写し」

横浜健康経営認証を受けている場合は「認証通知書」の写し

様式10（提案書作成要領８関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入 札 辞 退 届  　　年　　月　　日  　横浜市病院事業管理者  住　　　　所  商号又は名称  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　※  　　次の入札について、都合により辞退したいのでお届けいたします。  件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センターにおける令和６年度ＤＸ伴走支援業務委託  ※押印を省略する場合のみ「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **本件責任者** | **部　署　名　（任意）** |  | | |  |  |  | | **連　　　絡　　　先** |  |  | |  | | **担当者** | **部　署　名　（任意）** |  | | |  |  |  | | **連　　　絡　　　先** |  |  | |  |   １　押印を省略し、「本件責任者及び担当者」の氏名及び連絡先の記載がない又は不備がある場合は、不受理とする。  ２　「本件責任者及び担当者」は必ず両方記載すること。両方記載がない場合は、不受理とする。ただし、同一の人物である場合は「同上」でも可とする。  ３　「本件責任者及び担当者」の在籍確認ができなかった場合は、不受理とする。  --------------------------------------------------------------------------------------   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 横浜市使用欄 | 横浜市病院事業担当者名 |  | | 本件責任者又は担当者在籍確認日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分 | | 確認方法 | 申請書類・通知書・本人確認書類  （）  電話・メールアドレス・ＦＡＸ番号その他  （） | | 本件責任者又は担当者の在籍確認した相手方の氏名 |  | |