

【提出書類の作成要領】

1. 実施要領等に記載の条件を踏まえた上で、提出書類を作成すること。
2. 企画提案書は、別添の様式を利用して作成すること。A4サイズ縦型とし、片綴じ（左側）、横書き、図面、カラー可能とする。なお、提案を補足する図表の場合には、A4サイズ横型、横書きでもかまわない。
3. 企画提案書の文字の大きさは、図表等を構成する場合など、やむを得ない場合を除き、12ポイント以上の大きさとする。書体は任意とする。
4. 企画提案書（第6号様式）は（1）から（5）の項目について、A3片面2頁及びA4片面12頁以内とします。
5. 提出する際は、フラットファイル（A4サイズ）等に取りまとめて提出すること。また、ファイルの背表紙には、「奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務」と記入すること（ラベルプリンターでも可とする）。
6. 本プロポーザルの審査は、匿名で行うため、企画提案書（第6号様式）については提案者名や提案者を特定できるロゴマーク、モチーフ、コーポレートカラー等の使用も不可とする。
7. 各様式の提出部数は、下表のとおりとする。

項目	様式	部数
参加申請書 会社概要	第1号様式 第2号様式	正本1部
守秘義務の遵守に関する誓約書 貸与資料受領証 質問書	第3号様式 第4号様式 第5号様式	
企画提案書 見積書	第6号様式 第7号様式 任意様式	正本1部、副本12部、電子データ（CD-R又はUSBメモリー）
辞退届	第8号様式	必要に応じて提出

※副本は、正本のコピーで可とする。

(第1号様式)

参加申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構

理事長 榊 壽右 殿

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者職氏名)

印

平成29年11月 2日付けで公告のありました奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務に係る公募型プロポーザルへの参加を申請します。

なお、公告で定められた応募資格を満たしていること、並びにこの申請書及び別添の関係書類の全ての記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

部署名	
役職	
(フリガナ) 氏名	
所在地	〒
電話番号	
FAX 番号	
E-mail アドレス	

(第2号様式)

会社概要

【本社】

(平成 年 月 日現在)

商号又は名称	
代表者職氏名	
所在地	
設立年月日	
資本金	
売上(直近事業年度)	事業全体： 百万円 (内本業務分： 百万円)
従業員数(正社員)	(内本業務関係従業員数： 人)
主な業務内容	

【本プロポーザルで担当を予定する事業所】

事業所名	
代表者職氏名	
所在地	
従業員数(正社員)	
業務内容	
その他特記事項	

(第3号様式)

守秘義務の遵守に関する誓約書

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 榊 壽右 殿

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者職氏名)

印

平成29年11月 2日付けで公告のありました「奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務」(以下、「本プロポーザル」という。)に係る参考資料の貸与を受けるに当たっては、下記事項を遵守し、秘密を保持することを誓約します。

記

第1 (利用の目的)

- 1 当社は、本プロポーザルに参加する目的(以下、「本目的」という。)のためにのみ参考資料の貸与を受けるものであり、本目的以外のために参考資料を利用しません。
- 2 当社は、本書記載の遵守事項と同一の守秘義務の履行を奈良県総合医療センターに対して誓約した場合に限り、本目的を達するため必要な範囲及び方法で、当社の代理人、補助者その他の者に対してのみ、参考資料の全部又は一部を開示できるものとします。

第2 (秘密の保持)

- 1 当社は、貸与を受けた参考資料を秘密として保持するものとし、第1項の2に定める場合のほか、第三者に対し開示しません。
- 2 第2項の1までに定める秘密の保持は、当社が本プロポーザルに参加しない場合及び参加に応じ契約相手方とならなかった場合であっても、存続させるものとします。

第3 (参考資料の返還)

貸与を受けた参考資料は、提案書類の提出期限までに、奈良県総合医療センターへ返還します。

(第4号様式)

貸与資料受領証

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 榊 壽右 殿

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者職氏名)

印

平成29年11月 2日付けで公告のありました「奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務」に係る参考資料を受領しました。

資料の種類 新奈良県総合医療センター平面図

【担当者】

(部署名)

(役 職)

(氏 名)

(電話番号)

(第5号様式)

質問書

平成 年 月 日

新センター開設推進課 御中

(商号又は名称)

(担当者職氏名)

(電話番号)

(E-mail アドレス)

	項目	質問内容 (簡潔に記載すること)
1		
2		
3		

※「項目」には該当箇所がわかるようページ、項等 (例 実施要領 P.2 の 3(2)) を記入すること。

※欄が不足する場合は、追加すること。

(第6号様式)

企画提案書

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 榊 壽右 殿

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者職氏名)

印

「奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務に係る公募型プロポーザル実施要領」に基づき、企画提案書を提出します。

なお、提出書類の記載事項及び添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

【担当者】

(部署名)

(役 職)

(氏 名)

(電話番号)

企画提案書について

下記テーマについて、片面A3 片面2頁およびA4 片面1 2頁以内でまとめてください。

(1) 機器構成 (A3 片面2頁)

仕様書に記載の要求水準を満たした上で、様式6-1「新設台数および移設台数表」に対して、新設の機器および移設の機器や、仕様を越える要素について記載して下さい。

(2) 麻酔記録システムの特徴 (A4 片面3頁以内)

他社と比較した強みを記載して下さい。(例：術中記録の入力のしやすさや、帳票等の様式への必要な項目の追加・修正への対応など)

(3) 操作性や機能における特徴 (A4 片面3頁以内)

提案の機器構成において、操作性や機能における特徴を具体的に記載して下さい。

(4) 運用における特徴 (A4 片面3頁以内)

提案の機器構成において、運用における特徴を具体的に記載してください。

(5) サポート体制 (A4 片面3頁以内)

導入後の保守体制について、トラブル発生時の対応体制・対応スピード等について記載して下さい。

(第7号様式)

見積書

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 榊 壽右 殿

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者職氏名)

印

「奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務に係る公募型プロポーザル実施要領」に従い、見積書を提出します。

記

1 業務名

奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務

2 見積価格

・本体金額 (税込)

十億	億	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

・保守金額 (税込) (2年目以降9年間保守費用)

十億	億	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 見積内訳

(見積内訳書及び見積条件がわかる資料を添付すること。任意様式で可とする。)

(注1) 金額は、算用数字で記入し、頭部に¥を付記すること。

(第8号様式)

辞退届

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
理事長 榊 壽右 殿

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者職氏名)

印

「奈良県総合医療センター麻酔記録システム等一式導入業務に係る公募型プロポーザル実施要領」に基づき、参加申請書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

【辞退理由】