様式１

平成　　年　　月　　日

（宛先）富山市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

**参加表明書**

富山市立富山市民病院におけるテレビ付床頭台等の設置運営事業者の選定に係る公募型プロポーザルについて、必要書類を添えて、参加の希望を表明します。

なお、地方自治法施行令第１６７条の４第１項の規定に該当しない者であること等募集要項の参加資格を満たすこと並びに提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

添付書類

１　会社概要

２　登記簿謄本（個人事業主の場合は住民票）（写しでも可）

３　国税及び地方税に係る納税証明書

４　他病院でのテレビ付床頭台等の設置運営実績一覧

以上

〒939-8511

富山県富山市今泉北部町２番地１

富山市立富山市民病院

担　当　経営管理課管財係

電　話　076-422-1112　内線2208

ＦＡＸ　076-422-1371

E-mail　jimukyoku@tch.toyama.toyama.jp

様式２

平成　　年　　月　　日

（宛先）富山市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

**テレビ付床頭台等設置提案書**

　富山市立富山市民病院におけるテレビ付床頭台等の設置運営事業者の選定に係る設置提案書を本書のとおり提出します。

**１　設置機器について**

1. 床頭台及びセーフティボックス

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設置場所 | メーカー名 | サイズ | 備考 |
|  |  |  | 当院の要求水準を満たしていること |

1. 床頭台用テレビ及びアーム式液晶テレビ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メーカー名 | 規格・型番等 | サイズ | 備考 |
|  |  |  | 当院の要求水準を満たしていること |

1. 冷蔵庫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メーカー名 | 規格・型番等 | サイズ | 備考 |
|  |  |  | 当院の要求水準を満たしていること |

（１）から（３）までの機器について、提案する機器のカタログを添付すること。また床頭台に、床頭台用テレビと冷蔵庫を取り付けた状態の写真を添付すること。

1. 洗濯機及び乾燥機

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メーカー名 | 規格・型番等 | サイズ | 備考 |
|  |  |  | 当院の要求水準を満たしていること |

提案する機器のカタログを添付すること。

1. プリペイドカード販売機

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メーカー名 | 規格・型番等 | サイズ | 備考 |
|  |  |  | 当院の要求水準を満たしていること |

提案する機器のカタログを添付すること。

1. 精算機

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メーカー名 | 規格・型番等 | サイズ | 備考 |
|  |  |  | 当院の要求水準を満たしていること |

提案する機器のカタログを添付すること。

**２　提案項目**

1. テレビ付床頭台等設置運営事業のコンセプト

|  |
| --- |
| 当院で実施しようとする事業の考え方を記載してください。 |

1. 保守管理体制

|  |
| --- |
| ・保守要員の配置について  ・清掃及びメンテナンス体制について |

1. 苦情・問い合わせへの対応

|  |
| --- |
| 利用者からの苦情や問い合わせがあった場合の対応方法について記載してください。 |

1. 事業開始までの準備スケジュール

|  |
| --- |
| 事業開始までのスケジュールを具体的に記載してください。 |

1. プリペイドカード販売機の機能

|  |
| --- |
| 設置するカード販売機の機能について記載してください。 |

1. 入院案内放送の概要、放送体制、更新要望への対応

|  |
| --- |
| 入院案内放送の概要、放送体制、当院から更新要望があった場合の対応について記載してください。 |

1. 独自のサービス提案

|  |
| --- |
| 利用者に対するサービス向上を図るための提案や、その他付帯サービスの提案がある場合は記載してください。ただしほかの提案項目の内容と重複しないこと。 |

1. 利用料金の設定

|  |
| --- |
| ・床頭台用テレビ及びアーム式液晶テレビ  ・冷蔵庫  ・洗濯機及び乾燥機 |

1. 売上手数料として当院に納入する金額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年間売上見込額 | 提案割合 | 当院への納入見込額 |
| 円 | ％ | 円 |

様式３

（宛先）

富山市民病院テレビ付床頭台等設置運営事業者選定委員会事務局

（経営管理課管財係）

**質問書**

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質  問  者 | 事業者 |  |
| 住所 |  |
| 質問者の  所属と氏名 | 所属  氏名 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| e-mail |  |

**質問内容（テレビ付床頭台等）**

|  |  |
| --- | --- |
| Ｎｏ | 内容 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

様式４

（宛先）

富山市民病院テレビ付床頭台等設置運営事業者選定委員会事務局

（経営管理課管財係）

**現地見学会参加申込書**

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申  込  者 | 事業者 |  |
| 住所 |  |
| 申込者の  所属と氏名 | 所属  氏名 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| e-mail |  |

**参加予定者（テレビ付床頭台等）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部署 | 役職 | 氏名 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |