信濃町立病院敷地内保険調剤薬局等整備・運営事業

公募型プロポーザル実施要領　様式

**提出書類　記載要領**

**１　作成上の留意事項**

（１）記載内容全般

* + 提案・提示を求めている全ての事項に関して記述すること。
  + 明確かつ具体的に記述すること。
  + 各様式の備考欄に枚数の指定があるものは、それに従うこと。記載のない様式については枚数を制限しない。

（２）書式・編集等

* + 提出する書類は、各規定様式（図面等補足資料は除く）を使用し、特に指定のない限りはＡ４縦長横書き両面とすること。
  + 各提出書類で使用する文字の大きさは、11ポイント以上とすること。

（３）提出部数

* + 参加表明書の提出書類は、Ａ４縦長左綴じで1部を提出すること。
  + 企画提案書の提出書類は、Ａ４縦長左綴じで正本１部、副本９部、合計10部を提出すること。

様式第１号

　　　　令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

　町立信越病院　開設者　信濃町長　鈴木　文雄　　様

　　　　　　　　　　　　　提　出　者

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　 　　 　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail

　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

信濃町立病院敷地内保険調剤薬局等整備・運営事業公募型プロポーザル実施要領等の内容を確認・理解し、参加を申し込みます。また、プロポーザルに参加するにあたり、実施要領５　参加資格要件に関する事項を満たしていること、今回提出した書類を含む今後提出予定の書類に虚偽の記載がないことを誓約します。

添付書類

　１　会社概要整理表（様式第２号）

　２　参加表明調書（様式第３号）

　３　薬局営業実績書（様式第４号）

　４　その他参考となるもの

様式第２号

**会 社 概 要 整 理 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企画提案者 | 会社（団体）名 | 連絡担当者 | 所　属 |
| 役職・氏名 |
| 所　在　地 |
| 電話番号（内線） |
| ホームページアドレス | ＦＡＸ |
| E-mail |

※　添付書類

　　下記のとおりとし、番号順に綴ること。

　１．会社概要（書式は任意、ただし、Ａ４版２枚（両面印刷可）にまとめること）

　　　※ 事業所における保険薬局の店舗数と薬剤師の人数は必ず記入してください。

　２．現在事項全部証明書（商業登記簿謄本）の原本

３．信濃町の町税並びに法人税、地方法人税、消費税及び地方消費税に未納が無いことの証明書（発行日から3か月以内のもの）の原本

　４．財務諸表（直近３か年分の貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書）

様式第３号

参 加 表 明 調 書

１．人員配置体制（配置予定人数及び配置予定管理薬剤師の経験年数を記載すること）

（１）配置予定人数　　　人

うち、薬剤師　　　人

（２）管理薬剤師の経験年数　　　年

２．地元薬剤師会との連携、地域の連携等の考え方について簡潔に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

３．災害発生時の近隣支店からの必要な薬剤等の供給について、簡潔に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

様式第４号

薬 局 営 業 実 績 書

**＜保険薬局開設状況＞**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬　　局　　名 | ※敷地内薬局 | 所在  市町村名 | 開設時期 | １日あたり取り  扱い処方箋数 | 主となる応需先  医療機関 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※１．敷地内薬局については、欄内に〇を記入してください。

※２．「別紙のとおり」と記載し、任意の様式を添付しても構いません。

様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

町立信越病院　開設者　信濃町長　鈴木　文雄　　様

参 加 表 明 質 問 書

信濃町立病院敷地内保険調剤薬局等整備・運営事業の参加表明に関して、以下のとおり質問書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社（団体）名 |  |
| 所　属 |  |
| 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当資料名 | 頁 | 該当項目 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |

※電子メールにて提出すること。

様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　令和　　年　　月　　日

町立信越病院　開設者　信濃町長　鈴木　文雄　　様

　　　　　　　　　　　　　 　　所在地

　　　　　　　　　　　　　 　　会社（団体）名

　　　　　　　　　　　　　 　　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

参 加 辞 退 届

　信濃町立病院敷地内保険調剤薬局等整備・運営事業に対し、参加申込みを行いましたが、次の理由により参加を辞退します。

|  |
| --- |
| 辞退理由 |
|  |

様式第７号

　　　　令和　　年　　月　　日

企 画 提 案 書

町立信越病院　開設者　信濃町長　鈴木　文雄　　様

提　出　者

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　 　　 　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail

　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　信濃町立病院敷地内保険調剤薬局等整備・運営事業について、別紙のとおり提案いたします。

様式第８号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

町立信越病院　開設者　信濃町長　鈴木　文雄　　様

企 画 提 案 書 質 問 書

信濃町立病院敷地内保険調剤薬局等整備・運営事業の企画提案書に関して、以下のとおり質問書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社（団体）名 |  |
| 所　属 |  |
| 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当資料名 | 頁 | 該当項目 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |

※電子メールにて提出すること。