

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市病院事業管理者

(提出者) 住 所
商号又は名称
代表者氏名
電 話 番 号

印

質 問 書

新潟市民病院入院セット提供業務について、次の事項を質問します。

質 問 事 項

(担当者) 氏 名
電話番号
Fax 番号
Eメール

※記入欄が足りない場合は、別紙としても構いません

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市病院事業管理者

(提出者) 住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

電話番号

参 加 表 明 書

新潟市民病院入院セット提供業務に係る公募型プロポーザルに参加したい
ので、参加表明書を提出します。

提案者の業務実績一覧

一般病床300床以上の病院における入院セット提供業務の実績（現在継続中含む）を記載してください。

- ① 令和2年4月1日以降、3年以上継続して行ったものを記載してください。
- ② 実績は直近のものから最大12件記載してください。
- ③ 記載内容に基づき、対象の施設に業務実績の照会を行う場合があります。

施設名	病床数	契約期間
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～

暴力団等の排除に関する誓約書兼同意書

私（当法人・当団体）は、令和7年6月25日付けで開始された、新潟市民病院の新潟市民病院入院セット提供業務に係る公募型プロポーザルに応募するにあたり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 私（当法人・当団体）は次のいずれにも該当しません。
 - (1) 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ）
 - (2) 暴力団員（新潟市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員をいう。以下同じ）
 - (3) 役員等（法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者その他これらと同等の責任を有する者をいい、法人以外の団体である場合は代表者、理事その他これらと同等の責任を有する者をいう）が暴力団員であるもの
 - (4) 暴力団又は暴力団員が経営に実質的に関与しているもの
 - (5) 自己、その属する法人その他の団体若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用しているもの
 - (6) 暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与しているもの
 - (7) その他暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するもの
- 2 新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき裏面名簿を提出します。名簿に記載されたすべての者は、暴力団員等であるか否かの確認のため、新潟県警察本部に対してこの名簿による照会が行われる場合があることに同意しております。なお、名簿記載内容は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

（あて先）新潟市病院事業管理者

〔法人、団体にあつては所在地〕

住 所

〔法人、団体にあつては名称及び代表者の氏名〕

（ふりがな）

氏 名

生年月日 （ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ） 年 月 日

* 新潟市では、新潟市暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等ではない旨の誓約をお願いしています。

名簿（役員等一覧表）

【記載方法】

- ① 記載例に従って、役職、氏名、カナ、生年月日、性別、住所を記載してください。
- ② 法人の場合には登記事項証明書に記載されている役員又は支店若しくは事務所の代表者を記載してください。団体及び個人事業者の場合には代表者を記載してください。
- ③ 生年月日の記載について、T～大正、S～昭和、H～平成として、元号に丸をつけてください。
- ④ 性別の記載について、どちらかに○をつけてください。
- ⑤ 同一内容であれば任意の様式での提出も可とします。

法人名：

役 職	氏 名	カ ナ	生年月日	性 別	住 所
【記載例】 代表取締役 社長	新潟 太郎	ニイガタ タロウ	T S 11 年 11 月 11 日 H	男 ・ 女	新潟市中央区〇〇1 丁 目 1 番 1 号
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	
			T S 年 月 日 H	男 ・ 女	

* 上記に記載された個人情報については、暴力団員等の該当性の確認にのみ使用し、その他の目的には一切使用しません。また、その取扱いについては、新潟市個人情報保護条例を遵守し、適正に管理いたします。

* 新潟市では、新潟市暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等ではない旨の誓約をお願いしています。

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市病院事業管理者

(提出者) 住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

電 話 番 号

業 務 提 案 書

新潟市民病院入院セット提供業務に係る公募型プロポーザルの提案書
及び添付書類を提出します。

なお、記載内容は事実に相違ありません。

院内業務体制

1 院内業務の運営体制と運用について提案してください。

2 当院との連携体制について提案してください。

洗濯業務体制

1 洗濯業務の運営体制と運用について提案してください。

2 洗濯品質の確保について提案してください。

商品供給体制

1 患者衣及び肌着・タオル類について、配付方法及び頻度や品質等について提案してください。

2 物品について、配付方法及び頻度や品質等について提案してください。

利用者対応（周知・案内、料金収納、クレーム対応等含む）

1 受付時（通常時、夜間、緊急入院時）の対応について提案してください。

2 苦情発生時の対応について提案してください。

危機管理体制

災害発生時の体制について、当院との協力体制や業務継続計画を交えて提案してください。

ワーク・ライフ・バランスの推進

ワーク・ライフ・バランスの推進に関する取組状況を記載してください。
(働き方改革や女性・高齢者への就労機会の提供など)

自由提案

見積書

日額請求のセットについては 1 日あたり単価、転倒予防シューズについては 1 足あたり単価として提案してください。

- ① 消費税及び地方消費税を除く金額で提案してください。
- ② 提案金額には、それぞれ当院に対する手数料を含めてください。その上で、当院に対する手数料の率を別に明記してください。
- ③ 転倒予防シューズの当院に対する手数料の率は患者利用料の 5 % としてください。

患 者 利 用 料		当院に対する手数料の率	提案上限額
患者衣セット (日額請求)	円	%	400 円
患者衣・タオル セット (日額請求)	円		500 円
患者衣・タオル・肌着セット (日額請求)	円		600 円
おむつセット (日額請求)	円		500 円
転倒予防シューズ (1 足単位 での売り切り)	円	5 % としてください	2,400 円