

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

新潟市民病院清掃管理業務委託業者募集要項に基づく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。

(様式第2号)

# 業務実績証明書

令和 年 月 日

(委託者)

様

(受託者)

住 所

商号または名称

代表者氏名

印

新潟市民病院に提出するため、下記業務を誠実に履行したことを証明願います。

業務名称	
履行場所	
施設名称・病床数	
履行期間	年 月 日から 年 月 日まで (完了・履行中)

上記業務を誠実に履行したことを証明します。

令和 年 月 日

(受託者)

様

(証明者)

住 所

代表者氏名

印

証明担当者及び連絡先

( )

(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

新潟市民病院清掃管理業務について、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

(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

新潟市民病院清掃管理業務委託業者募集要項に基づき、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。

(様式第5号)

参加表明者の会社（業務）概要		
商号又は名称		
代表者名		
設立年月日	年 月 日	
経歴・沿革		
資本金		
従業員数	役員（又は個人事業主）	名
	正社員（又は専従者）	名
	パート・アルバイト	名
業務に関連する資格を有する担当技術職員数	病院清掃受託責任者	名
本店所在地		
支店・営業所数	ヶ所（うち市内 ヶ所）	
業務内容	(具体的に記入)	



提出社名	
------	--

清掃管理業務責任者（予定者）の資格，経歴

1. 清掃管理業務責任者(予定者)

氏名	年齢	資格 (清掃作業従事者研修指導者，清掃作業監督者，ビルクリーニング技能士など)

清掃管理業務責任者の病院における清掃管理業務の経歴等について		
施設名 (延床面積及び病床数)	従事内容 (役職及び従事内容を具体的に)	従事期間
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月

賞 罰 等

業務実施体制の具体的提案

①資格者を含めた従事者の配置体制について提案してください。

(清掃作業従事者研修指導者, 清掃作業監督者, ビルクリーニング技能士など資格者を含めた配置体制)



業務実施体制の具体的提案

②日常清掃・定期清掃・廃棄物収集搬出業務の詳細な回数について提案してください。

業務実施体制の具体的提案

- ③災害時などの緊急時の体制について提案してください。  
(災害時などの連絡体制, 緊急時のマニュアル, 緊急時の報告方法)

運営及び管理業務の具体的提案

①清掃管理業務（日常）の詳細な内容について提案してください。

運営及び管理業務の具体的提案

②清掃管理業務（定期）の詳細な内容について提案してください。

運営及び管理業務の具体的提案

③廃棄物収集搬出及び衛生害虫駆除について提案してください。

その他の具体的提案

- ①インシデントに対する取り組みについて  
(一次対応及び緊急連絡、再発防止に向けた取り組み、インシデントを起こさない取り組みについて)

その他の具体的提案

②新型コロナウイルス感染症や今後の新たな感染症リスクへの対応について  
(感染症エリア内の清掃に対する準備、感染症リスクに対する組織の体制や取り組み、感染症に対する教育体制について)

その他の具体的提案

- ③清掃業務における業務改善計画やコスト削減計画について  
(具体的な業務改善計画、具体的なコスト削減計画、業務改善計画やコスト削減計画のスケジュールについて)



その他の具体的提案

- ④病院からの要望やクレーム対応について  
(病院からの要望の反映、クレーム対応方法、病院からの要望やクレーム対応に対する組織の体制について)

提出社名	
------	--

清掃管理業務委託費の見積書

清掃管理業務委託費の見積額(3年間の総額)を記載してください。

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

 円

※消費税及び地方消費税抜きの金額を記載してください。

【 内 訳 】

- ・別紙記載例に基づき内訳書を提出ください。

(様式第 12 号)

(あて先) 新潟市病院事業管理者

## 医療関連サービスマークの交付に係る申立書

医療関連サービスマークについて、現在、交付をうけておりませんが、業務開始までには交付をうける見込みです。

令和 年 月 日

(提出者) 住 所  
商号又は名称  
代表者氏名  
電 話 番 号

印