

(様式第1号)

令和 年 月 日

奈良県西和医療センター 院長 殿

参加者 住 所
商号又は名称
代表者氏名 印

参 加 申 込 書

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき、参加申込書を提出します。

なお、当該説明書の「7 参加資格」をすべて満たしていることを誓約します。

(担当者連絡先)

所 属 : _____

役職名 : _____

氏 名 : _____

所在地 : 〒 _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

(様式第2号)

令和 年 月 日

辞 退 届

奈良県西和医療センター 院長 殿

参加者 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき参加申込書を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

質 問 書

奈良県西和医療センター医事課 御中

商号又は名称
担当者 職・氏名
電 話
F A X
メールアドレス

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」等について、
下記のとおり質問します。

記

NO	資料名	ページ	項目番号	質 問 内 容 (簡潔に記載すること)

(様式第4号)

令和 年 月 日

奈良県西和医療センター 院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

業 務 提 案 書

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき、業務提案書及び添付書類を提出します。

(様式第5号)

会社（業務）概要

① 名 称

② 代表者名

③ 設立年月日

④ 経歴・沿革

⑤ 資本金

⑥ 従業員数

役員	名	正職員	名	パート・アルバイト	名
----	---	-----	---	-----------	---

⑦ 本支店の所在地

⑧ 業務内容

※ パンフレット等を添付して差し支えない。

(様式第6号)

医事業務受託実績

商号又は名称： _____

病 院 名 (病床数・DPC・電子カ ルテ導入病院の別)	所在市町村	契約期間	受託内容

注：200床以上の病床を有する病院において、令和26年4月1日以降に当該委託業務と同種の業務を受託し、履行した実績で主なものを5件程度記載してください。

(様式第7号)

業務体制に関する提案

商号又は名称：_____

1. 統括責任者等及び業務実施体制等に関する提案

(1) 予定する統括責任者、副統括責任者、診療報酬請求専門員及び管理職員の氏名・年齢・役職・経歴・経過年数・資格

(2) 業務実施体制について

(統括責任者、副統括責任者、診療報酬請求専門員、管理職員及び従事者数・業務別従事者配置計画・延べ従事時間・見積書の積算根拠のうち人員に関するもの積算根拠等)

(3) 従事者の配属条件・資質について

(4) 業務指導・監査体制及び病院職員との協力体制について

(5) 教育・研修について

(6) コンプライアンス体制について (法令遵守・情報セキュリティ・個人情報保護等)

(7) 災害発生時等の業務体制について

(8) 定期報告の実施について

2 患者等サービスの向上に関する提案

(1) 患者・家族等病院利用者へのサービス向上に関する考え方・取り組みについて (接遇・院内案内の充実、待ち時間軽減対策など)

(2) 質問・苦情等に対する対応の考え方・取り組みについて

3 病院経営の効率化に関する提案

(1) 適正な診療報酬の請求・請求漏れ防止に関する考え方・取り組みについて (減点・返戻の分析、発生防止対策など)

(2) 診療報酬改定などに伴う病院収入の増加に繋がる提案について

(3) 未収金の発生予防に繋がる提案について

(4) 電子カルテ等、医療情報化推進に向けた対応について

(5) DPCへのサポート体制の提案について

(6) その他

(様式第8号)

令和 年 月 日

見 積 書

奈良県西和医療センター 院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

「奈良県西和医療センター医事業務委託公募型プロポーザル実施説明書」に基づき、見積書を提出します。

記

1 委託業務名

奈良県西和医療センター医事業務委託

2 見積金額

月 額：金 円

※ 消費税に係る課税事業者であるか、免税事業者であるかを問わず、見積もった金額の110分の100に相当する金額を記載すること。

3 見積内訳

※ 積算根拠が分かる資料を添付すること。様式自由。