

(様式第1号)

令和6年 月 日

青森県立中央病院長 殿

申込者
(住 所)

(会 社 等 名)

(代表者氏名)

印

参 加 申 込 書

令和6年11月13日付けで公告された次の件について、公募型プロポーザルに参加を申し込みます。

- 1 件名
青森県立中央病院診療報酬請求業務等の委託
- 2 会社等名
- 3 担当者所属・氏名
- 4 電話番号及びFAX番号
- 5 電子メールアドレス

(様式第2号)

令和6年 月 日

青森県立中央病院長 殿

申込者
(住 所)

(会 社 等 名)

(代表者氏名) 印

申 立 書

青森県立中央病院診療報酬請求業務等の委託に係る公募型プロポーザルに参加するにあたり、青森県立中央病院診療報酬請求業務等の委託業者の選定要領4「参加要件」に掲げられている下記の条件を満たしていることを申し立てます。

記

- (1) 地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4第1項及び第2項の規定に該当しない者であること。
- (2) 本要領公表以降、物品の製造の請負、買入れ及び借入れに係る契約並びに役務の提供を受ける契約に係る競争入札参加資格者名簿登載業者に関する指名停止要領(平成12年1月21日付け青管第902号)に基づく指名停止の措置を受けていないこと。
- (3) 国税及び地方税を滞納していないこと。
- (4) 参加申込書の提出日から契約締結日までの期間、会社法(平成17年法律第86号)第475条若しくは第644条の規定に基づく清算の開始、破産法(平成16年法律第75号)第18条若しくは19条の規定に基づく破産手続開始の申立て、会社更生法(平成14年法律第154号)に基づく更生手続開始の申立て又は民事再生法(平成11年法律第225号)に基づく再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。
- (5) 参加申請書の提出時点で、本院の許可病床数(現在584床)と同程度の許可病床数を有する施設において、過去5年以内に継続して受託した実績が3年以上あること。
- (6) 次のいずれにも該当しないこと。
 - ① 役員等(受注者が個人である場合にはその者を、受注者が法人である場合にはその役員又はその支店若しくは契約締結する事務所の代表者をいう。以下この号において同じ。)が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員(以下この号において「暴力団員」という。)又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者(以下この号において「暴力団員等」という。)であること。
 - ② 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団という。以下この号において同じ。)又は暴力団員等が経営に実質的に関与していること。
 - ③ 役員等が自己、自社若しくは第三者の不正に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等を利用する等していること。
 - ④ 役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金を供給し、又は便宜を供与する等直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していること。
 - ⑤ 役員等が暴力団又は暴力団等と社会的に非難されるべき関係を有していること。

(様式第3号)

会社等概要

会社等名				
所在地	本社			
	活動拠点となる支社等			
支店・営業所数		ヶ所		
代表者名				
設立年月日		(西暦)	年	月 日
経歴・沿革				
資本金				
従業員数	役員	正社員 (又は専従者)	パート・アルバイト等	
	人	人	人	
業務内容		(具体的に記入)		
その他特記事項				

(様式第4号)

令和6年 月 日

質 問 書

青森県病院局運営部医事第一課 御中

会社等名	
担当部署	
職・氏名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

業務名：青森県立中央病院診療報酬等請求業務委託	
番号	質 問
1	
2	
3	

(様式第5号)

令和6年 月 日

青森県立中央病院長 殿

申込者
(住 所)

(会 社 等 名)

(代表者氏名)

印

企 画 提 案 書

令和6年11月 日付けで公告された次の件について、企画提案書を提出します。

- 1 件名
青森県立中央病院診療報酬請求等業務委託
- 2 会社等名
- 3 担当者所属・氏名
- 4 電話番号及びFAX番号
- 5 電子メールアドレス

(様式第6号)

令和6年 月 日

青森県立中央病院長 殿

申込者
(住 所)

(会 社 等 名)

(代表者氏名)

印

参 加 辞 退 書

令和6年 月 日付けで申し込みました青森県立中央病院診療報酬請求業務等に係る公募型プロポーザルについては、弊社の都合により辞退します。

会社等名	
担当部署	
職・氏名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	