（様式１）

令和元年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

　次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センター検体検査業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

（様式２）

令和元年　　月　　日

委　託　業　務　経　歴　書

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

件名：横浜市立脳卒中・神経脊椎センター検体検査業務委託

上記案件について、次のとおり委託業務経歴があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注文者 | 受注区分 | 件名 | 業　務　内　容 | 病床数 | 履　　行期　　間 |
|  | * 元請
* 下請
 |  |  |  | からまで |
|  | □　元請□　下請 |  |  |  | からまで |
|  | □　元請□　下請 |  |  |  | からまで |

（注）　１　設計図書に基づく業務又はこれと同種の業務について、完了したもの又は履行継続中のものを全て記載してください。なお、注文者は、官公庁・民間を問いません。

２　下請業務等について、注文者は元請者を記載し、その下に発注者を（　 ）で記載してください。その場合、件名及び業務内容は、下請業務について記載してください。

３　上記の欄に記載しきれない場合は、同様の内容を記載したものを別紙として添付してください。

（様式３）

令和元年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

質　問　書

件名： 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター検体検査業務委託

|  |
| --- |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
|  |

連絡担当者

所属

氏名

電話番号

E－mail

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です

（様式４）

**業務運営体制**

１　運営方針

２　物品供給体制

３　対応の柔軟性

４　人員配置（受託責任者）

※配置予定者の業務経歴等を記載すること。

５　人員配置（受託責任者を除く）

※配置形態及び人数等を記載すること。

６　社員の教育・研修体制

７　危機管理体制

（様式５）

**業務実績**

１　病床規模300床以上の病院における、ブランチラボ方式による業務受託実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記の受託実績の有無（該当箇所に○を付けてください） | 有 | 無 |
|  |  |
| 病院名（所在地）・病床数 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

* 適宜、行を追加してください。

２　ブランチラボ方式による直近２年間の新規稼動実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名（所在地） | 病床数 | 契約期間 | 配置人数 |
| 【記載例】　○○病院（横浜市） | 300床(一般300床) | H31.4.1～現在 | ○人 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |

* 適宜、行を追加してください。

（様式６）

**業務実施体制**

１　対応の迅速性

２　日当直時の検査対応

３　業務遂行体制

４　検査情報提供体制

５　病院運営支援体制

６　精度管理体制

* 下記①と②の写しを添付してください。

① 日本医師会の『臨床検査精度管理調査　評価評点一覧表』

② 日本臨床衛生検査技師会の『臨床検査精度管理調査　総合評価報告書』

７　資格・認定

* 当院の検体を受け入れる自社ラボにおいて、取得している資格・認定があれば○を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ISO15189 |  | CAP |  | CLIA |  |
| ISO/IEC 27001 |  | プライバシーマーク |  | 医療関連サービスマーク（衛生検査所） |  |

８　検査室稼動スケジュール

* 切替時における検査室の稼働スケジュールや機器のレイアウト等を明確に示してください。