**市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託**

**公募型プロポーザル**

**（山内小）**

|  |
| --- |
| 掲　載　様　式 |
| 様式－１　（参加表明書） |
| 様式－２　（企画提案書表紙） |
| 様式－３　（会社の概要） |
| 様式－４　（会社の業務実績） |
| 様式－５　（業務実施体制） |
| 様式－６　（予定管理担当者の経歴及び実績） |
| 様式－７　（業務の実施方針等） |
| 様式－８ （テーマ別企画提案） |
| 様式－９ （質問書） |
| 様式－10 （辞退届） |

提　出　書　類　の　様　式

（様式－１：参加表明書）

　　　　　　年　　月　　日

**参　加　表　明　書**

件　名　　市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に係るプロポーザル

上記の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。

沖縄市教育委員会

教育長　比　嘉　良　憲　 様

　　　　　　　　　　　　　所在地

会社名

（又は共同企業体名）

代表者名

|  |
| --- |
| ［連絡先］  会社名：  担当者所属：  担当者氏名：  電話番号：  ファックス番号：  電子メール： |

（様式－２：企画提案書表紙）

　　年 　　月 　　日

**企　画　提　案　書**

件　名　　市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に係るプロポーザル

上記のプロポーザルに係る企画提案書を提出します。

沖縄市教育委員会

教育長　比　嘉　良　憲　 様

　　　　　　　　　　　　　所在地

会社名

（又は共同企業体名）

代表者名

|  |
| --- |
| ［連絡先］  会社名：  担当者所属：  担当者氏名：  電話番号：  ファックス番号：  電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

（様式－３：会社の概要）

会社の概要、経営規模等

令和5年10月1日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 本件の担当部署 | （担当部署名）  （担当者名）  （住所）  （電話・FAX）  （E-mail） |
| 設立 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高 |  |
| 従業員数 | 名 |
| 資格・登録等 |  |
| 事業概要 |  |
| 備考 |  |

※共同企業体（コンソーシアム）の場合は、全ての構成員が「様式－３：会社の概要」を提出すること。

（様式－４：会社の業務実績）

会社の業務実績（同種又は類似業務）

商号又は名称（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務名称 | 業務概要 | 発注機関 | 履行期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 過去5年間（令和元年10月1日から令和5年9月30日）の企業の同種又は類似業務実績について記載すること。
* 共同企業体（コンソーシアム）の場合は、全ての構成員が「様式－４：会社の業務実績」を提出すること。

（様式－５：業務実施体制）

業務実施体制

　（１）予定担当者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属及び役職 | 担当する分担業務の内容 | ①必要資格保有状況  ②（小児看護経験年数） | 医療的ケア児  コーディネータ資格  （該当するものを〇で囲む） |
| 管理  担当者 |  |  |  | ①  ② | 有り　・　無し |
| 担当者 |  |  |  | ①  ② | 有り　・　無し |
|  |  |  | ①  ② | 有り　・　無し |
|  |  |  | ①  ② | 有り　・　無し |
|  |  |  | ①  ② | 有り　・　無し |

（２）再委託先又は協力先及びその理由

|  |  |
| --- | --- |
| 分担業務の内容 | 再委託先又は協力先及びその理由  （企業の技術的特徴等） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 当該業務の一部を再委託する場合、または学識経験者、高度な専門技術を有する者などに技術協力を受けて業務を実施する場合にのみ記載すること。

（様式－６：予定管理担当の経歴及び実績）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和5年4月1日現在 | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | 年齢 |  |
| 所属・役職 | |  | | | | | | |
| 市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に関連する保有資格等 | | | | | | | | |
| 資格の名称及び分野：  （登録番号：　　　　　　　　　　取得年月日：　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 資格の名称及び分野：  （登録番号：　　　　　　　　　　取得年月日：　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託における、主な業務経歴及び従事年数 | | | | | | | | |
| 【主な業務経歴】  従事年数：　　年　　か月 | | | | | | | | |
| 業務実績  （過去5年間（令和元年10月1日から令和5年9月30日）） | | | | | | | | |
| 区　分  ※該当するものを○で囲むこと | 業務名 | | 業務  従事立場 | 発注機関 | 契約金額  履行期間 | 業務内容 | | |
| 同種・類似 |  | |  |  |  |  | | |
| 同種・類似 |  | |  |  |  |  | | |
| 同種・類似 |  | |  |  |  |  | | |

予定管理担当者の経歴等

* 氏名にはふりがなを付記すること。
* 業務の内容については、技術的特徴、類似性あるいは関連性について、具体的かつ簡潔に記載すること。
* 業務実績については、本市事業を中心に記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 様式－７  **（業務の実施方針等）** | ７ |
| 市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に係るプロポーザル企画提案 |  |
| （１）実施方針  （２）実施工程・フロー | | |

※様式-７及び様式-８は、あわせて20ページ以内とし、ページ番号を付すこと。

※様式-７及び様式-８は、任意の様式可とするが、様式に記載された項目に対応した内容とすること。

|  |  |
| --- | --- |
| 様式－８  **（テーマ別企画提案）** | ８ |
| 市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に係るプロポーザル企画提案 |  |
| 【実施方法】  （１）医師の指示等を踏まえた医療的ケアの実施  （２）医療的ケアを実施するにあたり必要な看護  （３）その他の医療的な生活援助  （４）独自提案（独自提案について記載し、説明） | | |

※様式-７及び様式-８は、あわせて20ページ以内とし、ページ番号を付すこと。

※様式-７及び様式-８は、任意の様式可とするが、様式に記載された項目に対応した内容とすること。

（様式－9：質問書）

　　年　　月　　日

沖縄市教育委員会

教育長　比　嘉　良　憲　　様

［提出者］　所在地

会社名

（又は共同企業体名）

代表者名

**質　　問　　書**

市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に係るプロポーザルについて、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

|  |
| --- |
| ［連絡先］  会社名：  担当者所属：  担当者氏名：  電話番号：  ファックス番号：  電子メール： |

（様式－10：辞退届）

　　年 　　月 　　日

参 加 辞 退 届

件 　名 　市任用看護師未配置時医療的ケア提供業務委託に係るプロポーザル

上記案件について、プロポーザルへの参加を表明していましたが、都合によりこれを辞退します。

なお、沖縄市へ提出した各種書類については、一切返還を求めず、その処分は沖縄市に委ねることとします。

沖縄市教育委員会

教育長　比　嘉　良　憲 　様

［提出者］　所在地

会社名

（又は共同企業体名）

代表者名