

様式第1号

南三陸病院院外薬局整備事業
プロポーザル参加表明書

南三陸町長

様

平成 年 月 日

郵便番号
住 所

法人・個人名
代表者名
担当者名
電話番号
E-mail

印

南三陸病院院外薬局整備事業プロポーザルに参加表明いたします。

宛

質 問 書

平成 年 月 日

【法人・個人名】

【代表者】

【(連絡先) 部署/氏名】

【E-mail】

通し 番号	番号	質問事項
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	

※「通し番号」欄と「回答」欄は空欄として下さい。当方で記入します。

※欄が不足する場合は複製してご使用下さい。この場合は欄外下に「次ページ有り」と記載して下さい。

※質疑については、ファクシミリ又は E-mail にて提出して下さい。

様式 1

南三陸町長

様

南三陸病院院外薬局整備事業プロポーザル

提 案 書

標記業務についての提案書を 13 部提出します。
記載事項に虚偽のないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

(提出者) 住 所

法人・個人名

代表者名

印

(連絡先) 所属／氏名

電話番号

FAX 番号

E-mail

様式 2-1

会社等の概要と業務内容等の状況

1 法人・個人の概要

- ① 法人・個人名 _____
- ② 代表者名 _____
- ③ 所在地 _____

2 担当する事業所の概要

- ① 事業所の名称 _____
- ② 代表者名 _____
- ③ 所在地 _____

3 業務等の状況

従事者の総数 _____ 名

本業務の資格者		名
		名
		名
		名
		名
		名
その他の資格者		名
		名
業務内容		

※「その他の資格者」欄，資格名称を記載して人数を記入。重複計上は可とする。

開設実績

(過去 10 年間の実績)

番号	施設名称	場所	従事者数 (うち薬剤師数)	調剤数	備考
1					
2					
3					
4					
5					

様式4

予定業務概要 (既に作成されたものの貼付可)

- ① 経営計画
 - ・ 資金計画
 - ・ 収支計画

様式5

予定業務概要 (既に作成されたものの貼付可)

② 運営計画

- ・ 組織
- ・ 人員確保・配置
- ・ 薬剤調達
- ・ 患者対応
- ・ 個人情報保護
- ・ 危機管理

様式6

予定業務概要 (既に作成されたものの貼付可)

③ 施設計画

- ・ 施設整備の考え方
- ・ 工事概要書
- ・ 建物建築計画 (付帯設備を含む)
- ・ 開局までのスケジュール

様式7

プロポーザル表明に当たっての提案

- ① この地域の置かれた状況を考慮した薬局運営及び監理業務計画
- ② 患者に対する利便性の確保について
- ③ その他、本プロポーザルで特に提案したい事項