

(様式1)

令和 年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学理事長

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：会津医療センター 敷地内保険調剤薬局及び病院諸室等整備事業

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

(様式2)

令和 年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学理事長

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

誓約書

下記の資格要件については、事実と相違ないことを誓約します。

- 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項の規定に該当しないこと。
- 2 破産法（平成16年法律第75号）に基づく破産手続開始の申立中または破産手続中でないこと。
- 3 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中または更生手続中でないこと
- 4 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中または再生手続中でないこと
- 5 特定債務等の調整の促進のための特定調停に関する法律（平成11年法律第158号）に基づく再生手続開始の申立中または再生手続中でないこと。
- 6 本学及び福島県から工事請負契約及び業務委託契約等に係る指名停止等を受けていない者であること。
- 7 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1項第2号の規定によるもの）、暴力団の構成員または暴力団の構成員でなくなった日から5年を経過しないものが経営、運営に関係していないこと。
- 8 国税及び地方税を滞納していない者であること。
- 9 公立大学法人福島県立医科大学契約細則（平成18年4月1日細則第13号）第3条第1項の規定に該当しない者であること

(様式4)

令和 年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学理事長

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

提 案 書 提 出 届

次の件について、提案書を提出します。

件名：会津医療センター 敷地内保険調剤薬局及び病院諸室等整備事業

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

(様式5)

業務実施体制報告書

1. 業務実施体制

会社名	
代表者	
所在地	
資本金	
事業内容	
設立年月日	
従業員数	
主な取引先	
主な取引銀行	
関連会社	
沿革	

2. 保険調剤薬局開設状況

(単位：軒)

	日本国内 (同一法人)	日本国内 (左記以外の運 営者が代表を務 める法人)	福島県内 (同一法人)	福島県内 (左記以外の運 営者が代表を務 める法人)
薬局数				
うち敷地内薬局数				

(様式6)

人員配置体制等報告書

保険調剤薬局の人員配置体制について記載してください。あわせて、採用又は補充計画を記載してください。

1. 人員配置体制

(単位：人)

役職・保有資格等	正規採用従業員			パート従業員		
	平日日中 (8時～18時)	平日夜間 (18時～翌8時)	土日祝	平日日中 (8時～18時)	平日夜間 (18時～翌8時)	土日祝
責任者						
薬剤師						
日本医療薬学会 がん専門薬剤師						
日本医療薬学会 地域薬学ケア専門薬剤師(がん)						
日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療認定薬剤師						
日本病院薬剤師会 HIV 感染症薬物療法認定薬剤師						
日本糖尿病療養指導士認定機構 糖尿病療養指導士						
日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師						
日本薬剤師研修センター 研修認定薬剤師						
その他学会認定等の資格 ()						
事務						
その他 ()						

注：①役職・保有資格等は例示です。貴社の考える人員配置にあわせて適宜修正してください。

②枠は、適宜 行の追加・削除を行ってください。

2. 採用または補充計画

(様式7)

令和 年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学理事長

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

土地 使用料等 提案書

1. 土地使用料

会津医療センター敷地内保険調剤薬局及び病院諸室等整備事業プロポーザルに係る土地
使用料提案額は、次のとおりです。

土地使用料提案額（年額・税抜）

億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円

※本学から貸し付ける土地に対する総額を記載してください。

※金額の左の欄に「¥」を記入してください。

(様式8)

令和 年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学理事長

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

辞 退 届

次の件について、企画提案書を提出しましたが（優先交渉権者となりましたが）、都合により辞退します。

件名：会津医療センター 敷地内保険調剤薬局及び病院諸室等整備事業

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail