令和　年 月 日

支出負担行為担当官

金沢国税局総務部次長　殿

名　　称

代表者名

令和７年度 総合健康診断業務に関する受託申込書

１　申込者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  名　　称  (屋　号) |  | 法人格  の有無 |  |
| 所　在　地 | 郵便番号  住　　所  電話番号  Ｆ Ａ Ｘ | | |
| 健診施設の所在地 | 郵便番号  住　　所  電話番号  Ｆ Ａ Ｘ | | |
| 担　当　者  職名・氏名 |  | | |

２　健診実施金額（消費税及び地方消費税の額を含む。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健　診　内　容 | | 金　額（税込金額） |
| 総合健康診断 | 日帰り式（50歳以上男性） | 円 |
| 総合健康診断 | 日帰り式（上記以外） | 円 |

３　検査項目

|  |
| --- |
| 別添のとおり |

実施する検査項目の詳細がわかるものを添付する。

なお、実施する検査項目は仕様書別紙２「検査項目一覧表」に掲げる検査項目を必ず含むこととする。

４　健診施設の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 健診施設設立年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| ２ | 年間総受診者数  （令和７年３月末現在） | 人 | |
| ３ | 年間精密検査指示数  （令和７年３月末現在） | 人 | |
| ４ | 上記３のうち、年間精密検査実施数 | 人 | |
| ５ | 上記４のうち、年間精密検査の異常所見者数 | 人 | |
| ６ | 受付時から検査終了までの所要時間 | 時間 　　　　分 | |
| ７ | 健診施設で作成しているマニュアル | ⑴以下に記載したマニュアルの有無 | |
|  | 大規模災害時の対応マニュアル（　有　・　無　） |
|  | 事故発生防止マニュアル（　有　・　無　） |
|  | トラブル発生時の対応マニュアル（　有　・　無　） |
|  | 感染防止マニュアル（　有　・　無　） |
|  | 廃棄物処理マニュアル（　有　・　無　） |
|  | 情報機器のトラブル対応マニュアル（　有　・　無　） |
|  | 検査機器の取り扱いマニュアル（　有　・　無　） |
|  | 受診者対応・接遇マニュアル（　有　・　無　） |
| ⑵その他、作成しているマニュアル | |

５　職員

健診業務従事職員数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常勤(人) | | 非常勤(人) | | 合計(人)  ①+②+③ |
| 健診施設専任① | 病院･診療所兼務② | 延べ人数 | 常勤換算③ |
| 医師(合計) |  |  |  |  |  |
| 内科 |  |  |  |  |  |
| 外科 |  |  |  |  |  |
| 眼科 |  |  |  |  |  |
| 婦人科 |  |  |  |  |  |
| 脳神経外科 |  |  |  |  |  |
| その他の医師 |  |  |  |  |  |
| 保健師 |  |  |  |  |  |
| 看護師 |  |  |  |  |  |
| 診療放射線技師 |  |  |  |  |  |
| 管理栄養士 |  |  |  |  |  |
| 情報管理担当 |  |  |  |  |  |
| その他職員 |  |  |  |  |  |
| 総合計 |  |  |  |  |  |

* ｢延べ人数｣とは、1週間サイクルで携わる職員数を記入すること。
* ｢常勤換算｣とは、1週間における非常勤職員の所定労働時間32時間をもって

1人と換算すること。

６　その他の事項

|  |
| --- |
| （上記記載事項のほか、特記すべき事項がありましたら記載してください。） |