

薬局開業希望者募集要領

1 募集の目的

東日本大震災以前、飯舘村には2カ所の薬局がありましたが、震災後いずれの薬局も閉店し、それ以降薬局の再開や新規開設の目処はたっていません。

このような現状を踏まえ、従来の調剤業務に加え、飯舘村健康福祉課・地域包括支援センター等と連携して村民の健康管理業務を実施できる新規薬局の開設者を下記のとおり募集いたします。

2 募集の概要

- (1) 件 名 薬局開業希望者募集
- (2) 内 容 自主開業
- (3) 選定方法 公募型プロポーザル方式

3 主催者及び事務局

主 催：飯舘村

事務局：飯舘村役場 健康福祉課

郵便番号 960-1803 福島県相馬郡飯舘村伊丹沢字伊丹沢571

担当：主任主幹兼健康係長 松田 電話番号：0244-42-1637

F A X : 0244-42-1632

4 応募条件

応募資格を有する者は、別紙の要件を満たす者としてします。

5 応募に関する事項

(1) 応募表明

応募する事業者は、平成30年10月2日まで、事務局に参加表明書（様式1）を直接持参又は郵送（書留郵便又は配達記録郵便に限る）で提出してください。

(2) 質問

① 受付方法

質問は、平成30年10月2日まで質問書（様式2）により、FAXでのみで受け付けます。

② 質問に対する回答方法

質問に対する回答を参加者全員に対し、平成30年10月9日にFAXで通知します。

③ その他

受付期間経過後の質問や電話での質問は原則として受け付けません。なお、質疑回答書の内容は、本要領の追加、修正とみなします。

(3) 応募書類の作成要領

① 提出方法

応募は、応募書かがみ（様式3）を添え、事務局まで直接持参又は郵送（書留郵便又は配達記録郵便に限る）にて平成30年10月19日午後5時までに提出してください。

② 提出書類

提出書類は下記のとおりです。

- ・ 会社等の概要書（様式任意）
- ・ 施設計画（保険調剤薬局開設までのスケジュール、薬局建屋内部イメージ図、安全対策、その他）（任意様式）
- ・ 経営計画（保険調剤薬局開設にかかる資金計画及び収支計画）（任意様式）
- ・ 運営計画（営業日及び営業時間、人員確保・配置、苦情等への対応体制、個人情報管理、利用者に対する利便性の確保・対策、その他）（任意様式）
- ・ 地域貢献（人員確保、施設整備にあたり地元雇用、地元企業の活用についての提案、地元薬剤師会との連携）（任意様式）
- ・ 開局にあたっての提案（特に提案したい事項）（任意様式）

③ 提出部数

提出部数は9部とします。

なお、提出期限後の提案書の追加・修正・差し替えは原則認められません。

④ 使用言語及び通貨

応募に関する提出書類、調整及び契約等の言語は日本語とし、通貨は日本円とします。

6 審査及び結果通知

(1) 審査会

選定に係る審査は、飯舘村薬局開設協議会が行います。

(2) 入選者の決定

応募書による書類審査及び応募者のプロポーザルを受け、最も適当と認められる者を入選者として1者を選定します。

なお、プロポーザルの詳細内容については、後日通知いたします。

(3) 審査結果の通知

応募された方には、文書により審査結果を通知します。

7 失格要件

提出された応募書が、次に掲げる項目のいずれかに該当する場合は失格となる場合があります。

- ・ 応募書の提出方法、提出期限に適合しない場合
- ・ 応募書に記載すべき事項の全部または一部が記載されていないと判断される場合
- ・ 応募書に虚偽の記載をした場合

8 留意事項

薬局開業にあたっては、敷地及び建物の無償貸与（村との貸借契約となります）を除き、薬局修繕・開業許可等すべて入選者の負担となります。

9 その他

(1) 応募に係る一切の費用は、応募者の負担となります。

(2) 提出された書類は原則として返却いたしません。

(3) 提出された書類は、当該審査以外の目的で応募者に無断で使用いたしません。

(4) 手続きに関するスケジュール（再掲）

手続き	日 程
応募表明	平成30年10月2日（火）午後5時まで（必着） ただし、土曜日、日曜日を除く。
質問	平成30年10月2日（火）午後5時まで
質問の回答	平成30年10月9日（火）
応募書類の提出	平成30年10月19日（金）午後5時まで（必着） ただし、土曜日、日曜日を除く。
プロポーザル審査	平成30年11月上旬予定
審査結果に関する通知	平成30年11月上旬予定

(5) 現在の飯舘村の状況については別紙を御参照下さい。

(様式1)

参加表明書

募集の件称 薬局開業希望者募集

標記公募について、薬局開業希望者募集要項に基づき応募いたします。

平成30年 月 日

飯舘村長 様

(応募者) 住 所

名 称

代表者名

⑩

電話番号

担当者名

(様式2)

飯舘村健康福祉課 行

(FAX : 0 2 4 4 - 4 2 - 1 6 3 2)

質 問 書

貴社名 _____

担当者名 _____

連絡先 _____

番号	質 問 事 項

(様式3)

※この欄には記入しないでください

受付番号

応 募 書

件 名 薬局開業希望者募集

標記公募にあたり、必要書類を提出いたします。

平成30年 月 日

飯舘村長 様

(応募者) 住 所

名 称

代表者名

⑩

電話番号

担当者名