

様式第 1 号

平成 年 月 日

プロポーザルに関する質問書

島田市病院事業管理者

商号又は名称

代表者

⑩

新市立島田市民病院建設基本計画策定支援業務委託プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質 問 事 項

(注)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。
- 2 項目番号は付けないこと。

様式第2号

平成 年 月 日

プロポーザル参加表明書

島田市病院事業管理者

郵便番号

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

⑩

新市立島田市民病院建設基本計画策定支援業務の公募型プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて提出します。

所 属

氏 名

連絡先担当者 電話番号

F A X

e - mail

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。

## 会社概要申告書

## 1 本社・本店

所在地	〒
商号又は名称	(ふりがな)
代表者(職・氏名)	(氏名ふりがな)
電話番号	
F A X 番号	

## 2 業務実施支店・営業所 (本社・本店が業務を実施する場合は、同上と記載)

所在地	〒
商号又は名称	(ふりがな)
代表者 (職・氏名)	(氏名ふりがな)
電話番号	
F A X 番号	

### 3. 会社基本情報

設立年月日	年 月 日
経歴・沿革	
資本金額	
業務内容	

### 4 従業員数（平成26年10月1日現在）

		人数
従業員数	役員	人
	正規社員	人
	パート・アルバイト等	人
医療コンサルタント業務を担当している部門の従業員数		人
医業経営コンサルタントの有資格者		人

### 5 その他（会社概要特記事項など）

--

## 6 協力会社

所在地	〒
商号又は名称	(ふりがな)
代表者(職・氏名)	(ふりがな)
業務内容	
協力を受ける内容	
本業務の担当予定者	人
本業務に類似する業務の実績	

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。

他病院（許可病床 400 床以上）での業務実績

	例	1	2	3
1 病院名 (所在地)	△△病院 (静岡県島田市)			
2 病床数	536 床			
3 基本計画の受託状況	基本計画	○	基本計画	基本計画
	その他の計画と同時 策定		その他の計画と同時 策定	その他の計画と同時 策定
4 基本計画受託後の病院建替 えに関する受託業務の状況	受託の有無	有	受託の有無	受託の有無
	【受託業務の概要】 運営管理システム、物流シス テム、医療機器整備、移転計 画に関するコンサルティング 業務	【受託業務の概要】	【受託業務の概要】	【受託業務の概要】
5 上記3の受託期間	平成○年○月○日～ 平成○年○月○日			
6 上記3の選定方法	公募型プロポーザル			
7 備考	基本計画後のコンサルティン グ業務については随意契約			

(注)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4版とすること。
- 2 平成21年4月1日以降に受注した業務について記載すること。
- 3 「6 上記3の選定方法」欄には、「一般競争入札、指名競争入札、公募型プロポーザル、指名型プロポーザル、随意契約等」を記載すること。



統括責任者の実績

氏名		生年月日	年	月	日
所属・役職					
保有資格等	(必須)				
	※医療経営コンサルタント	登録番号	取得年月日	年	月 日
	(その他の資格)				
	・	登録番号	取得年月日	年	月 日
	・	登録番号	取得年月日	年	月 日
勤続年数	年	※従前の会社がある場合はそれも含めた類似の経験年数		年	
職歴・業務歴 著書・論文等					
実績	契約開始～ 終了(年月)	病院名 (発注機関)	業務の名称		病床数

統括責任者としての手持ち業務の状況（平成26年10月1日現在）		
業務名	発注機関	履行期間

(注)

- 1 実績欄には、基本計画策定に関する業務のうち、平成21年4月1日以降に統括責任者として業務を遂行し、完了した実績を直近のものから順に記載すること。（この期間中に別会社に所属していた場合は、その実績も含む。）
- 2 勤続年数は現在の会社での勤続年数を記載すること。
- 3 行が足りない場合は追加して記載すること。

様式第5号（その2）

主任担当者の実績

氏名		生年月日	年 月 日		
所属・役職					
保有資格等	(必須)				
	※医療経営コンサルタント	登録番号	取得年月日	年 月 日	
	(その他の資格)				
	・	登録番号	取得年月日	年 月 日	
	・	登録番号	取得年月日	年 月 日	
勤続年数	年	※従前の会社がある場合はそれも含めた類似の経験年数		年	
職歴・業務歴 著書・論文等					
実績	契約開始～ 終了(年月)	病院名 (発注機関)	業務の名称	病床数	立場

主任担当者又は統括責任者としての手持ち業務の状況（平成 26 年 10 月 1 日現在）		
業務名	発注機関	履行期間

(注)

- 1 実績欄には、基本計画策定に関する業務のうち、平成 21 年 4 月 1 日以降に統括責任者又は主任担当者として業務を遂行し、完了した実績を直近のものから順に記載すること。（この期間中に別会社に所属していた場合は、その実績も含む。）
- 2 勤続年数は現在の会社での勤続年数を記載すること。
- 3 立場欄には、総括責任者、主任担当者の別を記載すること。
- 4 行が足りない場合は追加して記載すること。

様式第6号

プロポーザル参加表明書受領書

新市立島田市民病院建設基本計画策定支援業務委託プロポーザル参加表明書を受領しました。

平成 年 月 日

住所又は所在地  
提出者  
商号又は名称

受付番号	
受付印	

様式第7号

平成 年 月 日

プロポーザル参加辞退届

島田市病院事業管理者

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名 ⑩

新市立島田市民病院基本策定支援業務委託プロポーザルについて、参加表明書を提出しましたが、参加を辞退します。

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。

様式第8号

プロポーザル提出要請書

第 号  
年 月 日

様

島田市病院事業管理者



次のとおりプロポーザルの提出を要請します。

- 1 作成方法
- 2 提出方法
- 3 提出書類及び提出部数
  - (1) 提案書表紙 部
  - (2) 提案書 部
  - (2) 業務実施体制書 部
  - (3) 業務工程表 部
  - (4) 見積書及び積算内訳書 部
- 4 提出期限
- 5 提出先

様式第9号

平成 年 月 日

「新市立島田市民病院建設基本構想策定業務委託プロポーザル」提案書

島田市病院事業管理者

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

Ⓔ

新市立島田市民病院建設基本構想策定業務に係るプロポーザルについて、下記の添付書類を添えて、提案します。

記

添付書類

- (1) 提案書
- (2) 業務実施体制書
- (3) 業務工程表
- (4) 見積書及び積算内訳書

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。



【業務執行体制図】

(注)

- 1 資格については、本業務に関連する資格を記入すること。（例：医業経営コンサルタント、一級建築士等）
- 2 行が足りない場合は追加して記載すること。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。