

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		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		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。

業務実績書

平成 21 年 4 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日までに受託した許可病床数 400 床以上の病院に係る業務の実績について記載すること。

業務の名称	件数
基本計画	
基本計画・基本構想同時策定	
その他のコンサルティング業務	件数
A 運営管理システムに関する コンサルティング業務	
B 医療機器、備品整備に関する コンサルティング業務	
C 情報システム導入に関する コンサルティング業務	
D 物流システムに関する コンサルティング業務	
E 病院建替に関する総合的なコンサルティ ング業務（上記 A～D のうち、3 項目以上 を合わせて受託）	
その他 ()	

（注）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 版とすること。
- 2 実績は元請けとして契約し、すでに完了した業務を対象とすること。共同企業体として実施した業務を記載する場合は、共同企業体の構成状況と担当した業務内容がわかる資料を添付すること。

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。