新中央診療棟整備等に関する包括的支援業務委託

に係る公募型プロポーザル様式集

平成２９年 ３ 月

地方独立行政法人　岐阜県立多治見病院

（第１号様式）

参加資格確認申請書

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院　理事長　様

商号又は名称

所　在　地

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院新中央診療棟整備等に関する包括的支援業務に係るプロポーザルに参加したいので、下記書類を添えて、参加資格の確認申請をします。

なお、添付書類の記載内容については、事実に相違ありません。

記

１　添付書類

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当部署名 |  |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| F A X 番 号 |  |
| Ｅ － ｍ ａ ｉ ｌ |  |

（第２号様式）

会社概要書

１　本社・本店

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 商号又は名称 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 代表者名(職・氏名) | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 日本医業経営コンサルタント協会の法人認定の有無 | 有・無  （有りの場合　認定登録番号：　　　　　　　　　）  （　　　　　　認定年月日：　　　年　　月　　日） |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

２　業務実施支店・営業所 (本社・本店が業務実施の場合は、同上と記載)

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 商号又は名称 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 代表者名(職・氏名) | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

３　医業経営コンサルタント関係業務開始年月日

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

４　医業経営コンサルタント業務を担当している部門の規模（平成29年１月１日現在）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 正規社員 |
| 全従業員数 | 人 |
| 医業経営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　直近３ヵ年の財務状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年 |  |  |  |
| 資本金（千円） |  |  |  |
| 流動資産（千円） |  |  |  |
| 流動負債（千円） |  |  |  |
| 自己資本比率（％） |  |  |  |
| 売上高（千円） |  |  |  |
| うち病院事業に関するコンサルタント業務分 |  |  |  |
| 経常利益（千円） |  |  |  |

※ 比率は小数点以下第１位を四捨五入してください。

６　その他（会社概要特記事項など）

（第３号様式－１）

他病院での業務実績

■対象業務：

平成１９年３月以降、日本国内において、一般病床４００床以上を有する病院の新築または延床面積２０，０００㎡以上の増築に伴う移転関連業務（運営計画、医療情報システム整備計画、医療機器等整備計画作成等）を完了した実績。

■記載件数及び対象期間：

平成１９年３月１日以降に受託しかつ履行した実績のうち、５件を記載すること。

（契約期間は平成○年○月～平成○○年○月などの契約開始年月～契約完了年月を記載すること。）

| № | 契約開始(年月)～終了(年月) | 病院名（発注機関） | 業務概要 |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | (記載例)  病院名：○○病院  病床数：○○床  施設規模：(延床面積等) | （記載例）  受託業務名：部門別運用計画、医療機器整備計画、医療情報システム整備計画、業務委託化計画　など  受託金額：○○百万円 |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

※　契約期間は、平成○年○月～平成○○年○月などの契約開始年月～契約完了年月を記載すること。

※　病院名（発注機関）には、病院名の他に施設規模（一般病床数、延べ床面積等）が分かる事項を記載すること。

※　業務概要には、受託した業務名（業務名からは業務内容が分からない場合は受託した業務内容を補足すること。）とともに受注金額（１００万円単位）を記載すること。

（第３号様式－２）

業務実績書

■対象業務：

平成１９年３月以降、日本国内において、一般病床４００床以上を有する病院の新築または延床面積２０，０００㎡以上の増築に伴う移転関連業務（運営計画、医療情報システム整備計画、医療機器等整備計画作成等）を完了した実績。

■記載件数及び対象期間：

平成１９年３月１日以降に受託しかつ履行した実績に限る。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の名称 | 件数 |
| 運営計画作成 |  |
| 医療情報システム整備計画作成 |  |
| 医療機器等整備計画作成 |  |
| その他移転関連業務 |  |

|  |
| --- |
| その他移転関連業務の業務名 |

（第４号様式－１）

統括責任者※の実績

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | 生年月日 | |  | |
| 所属・役職 | |  | | | | | | |
| 保有資格等 | | ※医業経営ｺﾝｻﾙﾀﾝﾄ(必須)　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 | |  | | | | | | |
| № | 契約開始(年月)～終了(年月) | | 病院名(発注機関) | | | 業務概要 | | | |
|  |  | | ○○病院  （病床数　　床）  （延床面積　　㎡） | | | 移転関連業務  ○○百万円 | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |

足りない場合は行を追加して記載すること。

　※統括責任者とは、本業務を統括する責任者をいう。

（１）上記実績欄には、平成１９年３月以降、日本国内において、一般病床４００床以上を有する病院の新築または延床面積２０，０００㎡以上の増築に伴う移転関連業務（運営計画、医療情報システム整備計画、医療機器等整備計画作成等。）を遂行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についても、その実績も含む。）

（２）病院名（発注機関）には、病院名の他に施設規模（一般病床数、延べ床面積等）が分かる事項を記載すること。

（３）業務概要には、受託した業務名（業務名からは業務内容が分からない場合は受託した業務内容を補足）とともに受注金額（１００万円単位）を記載すること。

（４）勤続年数は現在の会社での勤続年数を記載する。

（第４号様式－２）

主任担当者・各分担業務分野担当者の実績

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | | 生年月日 |  | | |
| 所属・役職 | |  | | | | | | | |
| 保有資格等 | | ・医業経営ｺﾝｻﾙﾀﾝﾄ(主任担当者必須)　登録番号　　　　取得年月日　　年　　月　　日  ・一級建築士(設計支援担当者必須)　 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 | |  | | | | | | | |
| № | 契約開始(年月)  ～終了(年月) | | 病院名  (発注機関) | | 事業概要 | | | | 立場 | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |

足りない場合は行を追加して記載すること。

（１）上記実績欄には、平成１９年３月以降、日本国内において、一般病床４００床以上を有する病院の新築または延床面積２０，０００㎡以上の増築に伴う移転関連業務（運営計画、医療情報システム整備計画、医療機器等整備計画作成等。）を遂行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についても、その実績も含む。）

　　　　注）　主任担当者及び各分担業務分野担当者のこれまでの実績を把握するものであり、実績の有無は担当者の条件とはなっていない。

（２）病院名（発注機関）には、病院名の他に施設規模（一般病床数、延べ床面積等）が分かる事項を記載すること。

（３）業務概要には、受託した業務名（業務名からは業務内容が分からない場合は受託した業務内容を補足）とともに受注金額（１００万円単位）を記載すること。

（４）勤続年数は現在の会社での勤続年数を記載する。

（第５号様式）

提出書類チェックリスト

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | | |
|  | | 提出者確認欄 | 本法人確認欄 |
| 参加資格確認申請書（第１号様式） | |  |  |
| 会社概要書（第２号様式） | |  |  |
| 他病院での業務実績（第３号様式－１） | |  |  |
| 業務実績書（第３号様式－２） | |  |  |
| 統括責任者の実績（第４号様式－１） | |  |  |
| 主任担当者・各分担業務担当者の実績  （第４号様式－２） | |  |  |
| 提出書類チェックリスト（この書類） | |  |  |

（第６号様式）

商号又は名称

所　在　地

代表者職氏名

参加資格確認結果通知書

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院新中央診療棟整備等に関する包括的支援業務に係る貴事業者のプロポーザル参加の資格について、下記のとおり通知します。

①参加資格を有します。

②参加資格を有しません。

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院

　理 事 長　原 田 明 生

（第７号様式）

質　問　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 件　　名 | 新中央診療棟整備等に関する包括的支援業務委託 | | |
| 質問日 | 平成29年　月　日 | 整理番号 | ※この欄は記入しないでください。 |
| 事業者名 |  | | |
| 担当者の連絡先 | | | |
| 部署 |  | | |
| 職名 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 電話 |  | | |
| Ｅ－mail |  | | |
| 質問内容 | | | |
|  | | | |

（第８号様式）

参加辞退書

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院　理事長

(参加表明者)

商号又は名称

所　在　地

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院新中央診療棟整備等に関する包括的支援業務に係るプロポーザルについて、参加資格確認申請書を提出しましたが、参加を辞退します。

【辞退理由】

|  |
| --- |
|  |

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当部署名 |  |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番 号 |  |
| Ｅ － ｍ ａ ｉ ｌ |  |