（様式第１号）

令和４年　　月　　日

　　青森県病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　（住　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　（会社等名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印

参加申込書

　令和４年１０月　　日付けで公告された下記について、公募型プロボーザルに参加を申し込みます。

記

１　件　　名

青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務

２　会社等名

３　担当者所属・職・氏名

４　電話番号

５　電子メールアドレス

（様式第２号）

令和４年　　月　　日

　　青森県病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　（住　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　（会社等名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印

申　　立　　書

　青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務に係る公募型プロポーザルに参加するに当たり、青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務託に関する公募型プロポーザル実施要領３「参加者資格要件」に掲げられている事項について満たしていることを申し立てます。

（様式第３号）

会社等概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 本社 | |  | | | | |
| 活動拠点となる支社等 | |  | | | | |
| 日本医業経営コンサルタント法人の認定登録 | | | 有　・　無 | | (有の場合、認定年月日を記入)  　　　　年　　月　　日 | | |
| 日本コンストラクション・マネジメント協会団体会員の登録 | | | 有　・　無 | | (有の場合、認定年月日を記入)  　　　　年　　月　　日 | | |
| 常勤従業員の有資格者の状況 | 常勤従業員数 | | | | | 名 | |
| 医業経営コンサルタント有資格者 | | | | | 名 | |
| コンストラクション・マネジャー有資格者 | | | | | 名 | |
| 一級建築士 | | | | | 名 | |
| 公認会計士 | | | | | 名 | |
|  | | | | | 名 | |
|  | | | | | 名 | |
|  | | | | | 名 | |
|  | | | | | 名 | |
| 財務状況 |  | 2019年度 | | 2020年度 | | | 2021年度 |
| 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） |  | |  | | |  |
| 当期純利益(千円) |  | |  | | |  |
| その他  特記事項 |  | | | | | | |

（様式第４号）

業務経歴表

（会社等名）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 一般病床数 | 当該病院の統合の有無 | | 受託内容(該当に○) | 受託期間 | 計画策定後の受託業務の有無(※) | |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  | 有・無 | (有の場合、統合内容を記入) | ａ．基本構想策定 | 年　　月～　　年　　月 | 有・無 | (有の場合、受託内容を記入) |
| ｂ．基本計画策定 | 年　　月～　　年　　月 |
| ｃ．構想計画一体策定 | 年　　月～　　年　　月 |

（※）受託内容については、開院支援、設計事業者等の選定支援（要求水準書の作成等）、コンストラクション・マネジメント等を記入してください。

（様式第５号）

配置予定者調書

（会社等名）

１．統括責任者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 所属・役職 |  | | | | |
| 保有資格 | 資格名 | | 取得年月日 | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 統括責任者としての  業務実績 | 病院名 | 一般  病床数 | 当該病院の統合の有無 | 業務内容 | 業務期間 |
|  |  | 有・無 |  | 年　　月～  　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 年　　月～  　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 年　　月～  　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 年　　月～  　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 年　　月～  　　　年　　月 |

２．担当者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当内容 | 氏名 | 生年月日 | 所属・役職 | 保有資格 | 業務実績 | 業務期間 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

３　業務体制等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委託者との定例打ち合わせ会議の開催頻度 | （記載例：週○回程度） | |
| 委託先への職員の派遣の有無 | 有・無 | （有の場合、人数を記入）  　　　　　　　　　名 |
| 職員派遣の頻度 | （記載例：週○回程度） | |

（様式第６号）

令和４年　　月　　日

質　　問　　書

　　青森県病院局運営部地域医療課　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等名 |  |
| 担当者所属・職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務名：青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務 | | |
| 番号 | 質　　　　問 | 回答（事務局記入） |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

（様式第７－１号）

令和４年　　月　　日

　　青森県病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　（住　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　（会社等名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印

企画提案書

　青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務に係る企画提案書を別添のとおり提出します。

　なお、記載内容は事実に相違ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等名 |  |
| 担当者所属・職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

（様式第７－２号）

作　業　手　順

|  |
| --- |
| 青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務を受託するに当たっての基本方針、作業スケジュール及び作業項目について記入してください。 |
|  |

※質問事項について記述した内容であれば、本様式以外の資料を用いることは認めます。

（様式第７－３号）

提　案　事　項

|  |
| --- |
| 新病院の機能や設備等について、コスト管理を図りつつ、両病院の職員をはじめとした関係者からの意見等を集約・整理した上で、どのように導き出すことが適当であると考えますか。過去の事例などから提案してください。 |
|  |

※質問事項について記述した内容であれば、本様式以外の資料を用いることは認めます。

（様式第８号）

令和４年　　月　　日

　　青森県病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　（住　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　（会社等名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印

参加辞退届

　令和４年　　月　　日付けで申し込みました青森県と青森市の共同経営・統合新病院基本構想・計画策定支援等業務に係る公募型プロポーザルについては、弊社の都合により辞退します。