（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

　公立八女総合病院企業団　企業長　平城　守　様

　（提出者）所在地

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

参　加　表　明　書

公立八女総合病院企業団病院機能再整備基本計画策定等支援業務

令和４年１１月８日付けで公告された、上記業務に係る公募型プロポーザル方式による事業者の選定について、実施要領を理解し了承の上、参加したいので、関係書類を添えて提出します。

担当者名

　 所　　属

電話番号

FAX番号

E-mail

（様式第２号）

会社概要書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者名 |  | |
| 本社所在地 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 事業所数 |  | |
| 従業員数 |  | |
| 担当する支店・  営業所の所在地 |  | |
| 事業概要 |  | |
| 会社更生法・民事再生法の申立て | | している　・　していない |

※会社概要が確認できる書類（会社パンフレット等）を添付すること。

（様式第３号）

業務実績書

一般病床が２００床以上の国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、都道府県又は市町村が設置する病院若しくは公的医療機関（医療法（昭和２３年法律第２０５号）第３１条に規定する厚生労働大臣が定める者の開設する病院）の整備に係る基本計画の策定業務に関する元請としての実績（平成２４年度以降に限る。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 内　容 |
| 業務名 |  |
| 契約金額  （税込） |  |
| 履行期間 |  |
| 契約の相手 |  |
| 業務概要 | 病床数：　　　　　床 |
|  |

※実績として上記記載した業務に係る契約書及び仕様書の写しを添付すること。

（様式第４号－１）

**誓　約　書**

　当社（個人である場合は私、団体である場合は当団体）は、入札及び随意契約の見積り並びにその他の契約相手の選定に参加するに当たり、下記の事項を承諾し、又は誓約いたします。

　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、契約の解除等、当方が不利益を被ることとなっても、公立八女総合病院企業団が行う一切の措置について異議の申立てを行いません。

記

１　公立八女総合病院企業団が必要に応じて当社の役員等について警察に照会すること。

２　当社の役員全員が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団若しくは同条第６号に規定する暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者に該当しないこと。

３　競争の導入による公共サービスの改革に関する法律（平成18年法律第51号。以下「法」という。）第10条第４号及び第６号から第９号までの暴力団排除条項に該当しないこと。

４　暴力団又は暴力団関係者を下請け及び資材購入並びに再委託の相手としないこと。

５　法第10条各号の競争参加資格の欠格事由に該当しないこと。

　　　令和　　年　　月　　日

　公立八女総合病院企業団　企業長　平城　守　様

誓約事業者

**所在地**

**商号又は名称（団体名）**

**代表者役職名**

**（フリガナ）**

**代表者氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※この書面に記載された個人情報については、公立八女総合病院企業団個人情報保護条例（平成17年条例第5号）の規定により、上記以外の目的には使用しません。

（様式第４号－２）

役員名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職名 |  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※代表者を含め記載すること。

（様式第５号）

令和　　年　　月　　日

　　公立八女総合病院企業団　企業長　平城　守　様

所在地

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　㊞

提　出　意　思　確　認　書

　下記の業務等について、提案書を

　　　　　　　　　　　・　提出します。

　　　　　　　　　　　・　提出しません。今回の選定を辞退します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　※どちらかに○を記入してください。

記

業務等件名：公立八女総合病院企業団病院機能再整備基本計画策定等支援業務

担当者名

　 所　　属

電話番号

FAX番号

E-mail

※　必要事項を記入の上、提案書提出要請通知書に定める期限までに提出してください。

（様式第６号）

令和　　年　　月　　日

　公立八女総合病院企業団　企業長　平城　守　様

　（提出者）所在地

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者名

提　案　書

　下記の業務等について、提案書及び添付書類を提出します。

記

　　業務等件名：公立八女総合病院企業団病院機能再整備基本計画策定等支援業務

（様式第７号）

質　問　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問日 | 令和４年　　月　　日 | |
| 質問者 | 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 質問内容 |  | |

※質問事項が実施要領、業務仕様書、各種様式等の記載事項に関するものである場合は、当該書類名

及びページ番号等を記入し箇所を特定してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 回答日 | 令和４年　　月　　日 |
| 回答内容 |  |

（様式第８号）

業務実施体制書

１　配置予定者一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名・年齢・役職等 | 実務経験  年数 | 担当する業務内容 |
| 統括  責任者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 主たる  担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |
| 担当者 | （氏名）  （年齢）  （所属・役職） |  |  |

※６名以上配置する場合は、別紙を作成し提出すること。

※医業経営コンサルタントの有資格者を1名以上配置すること。

２　発注者との連絡体制

|  |
| --- |
|  |

（様式第９号－１）

配置予定者調書（統括責任者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 年齢 | | 所属・役職 | |
| 業務に有用な保有資格（※医業経営コンサルタントの場合は証票の写しを添付すること。）  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 同種業務の実績 | １ | | ２ | | ３ |
| 業務名 |  | |  | |  |
| 契約の相手方 |  | |  | |  |
| 契約金額（税込） |  | |  | |  |
| 履行期間 |  | |  | |  |
| 業務概要 | 病床数：　　　　床 | | 病床数：　　　　床 | | 病床数：　　　　床 |
|  | |  | |  |
|  | | | | | |

※同種業務実績は、「３参加資格要件（６）」の基準を満たす案件のうち、最大３つまでを記載すること。なお、提出後、担当事務局より実績を証明する書類（契約書の写し等）の提示等、確認を求めることがある。

（様式第９号－２）

配置予定者調書（主たる担当者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 年齢 | | 所属・役職 | |
| 業務に有用な保有資格（※医業経営コンサルタントの場合は証票の写しを添付すること。）  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 同種業務の実績 | １ | | ２ | | ３ |
| 業務名 |  | |  | |  |
| 契約の相手方 |  | |  | |  |
| 契約金額（税込） |  | |  | |  |
| 履行期間 |  | |  | |  |
| 業務概要 | 病床数：　　　　床 | | 病床数：　　　　床 | | 病床数：　　　　床 |
|  | |  | |  |
|  | | | | | |

※同種業務実績は、「３参加資格要件（６）」の基準を満たす案件のうち、最大３つまでを記載すること。なお、提出後、担当事務局より実績を証明する書類（契約書の写し等）の提示等、確認を求めることがある。

（様式第９号－３）

配置予定者調書（担当者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 年齢 | | 所属・役職 | |
| 業務に有用な保有資格（※医業経営コンサルタントの場合は証票の写しを添付すること。）  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）取得年月：　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 同種業務の実績 | １ | | ２ | | ３ |
| 業務名 |  | |  | |  |
| 契約の相手方 |  | |  | |  |
| 契約金額（税込） |  | |  | |  |
| 履行期間 |  | |  | |  |
| 業務概要 | 病床数：　　　　床 | | 病床数：　　　　床 | | 病床数：　　　　床 |
|  | |  | |  |
|  | | | | | |

※同種業務実績は、「３参加資格要件（６）」の基準を満たす案件のうち、最大３つまでを記載すること。なお、提出後、担当事務局より実績を証明する書類（契約書の写し等）の提示等、確認を求めることがある。

（様式第１０号）

委　任　状

令和　　年　　月　　日

　公立八女総合病院企業団　企業長　平城　守　様

申請者（ 本店 ）

実印

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

私は、次の者を代理人と定め下記の権限を委譲するものである。

受任者（ 支店等 ）

印

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

１　委任事項

(１)　業務の提案及び見積に関する事項

(２)　契約の締結に関する事項

(３)　入札・契約保証金の納付、請求及び受領に関する事項

(４)　復代理人選任に関する事項

(５)　その他契約履行に関する一切の事項

２　委任期間

自　令和　　年　　月　　日

至　令和　４年１２月３１日