様式 １（実施要領 ８（３）関係）

**参加表明書**

大阪母子医療センター建替基本設計業務委託の同公募型プロポーザル実施要領等を遵守し、参加の意思を表明します。

　ついては、実施要領等に規定する参加者の要件を全て満たしていることを誓約し、相違があった場合は、参加資格を取り消されても異議を申し立てません。

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

総長　倉智　博久　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　（総括担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式 ２（実施要領 ５（２）、８（３）関係）

**企業概要書**

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話及びFAX番号 |  |
| 設立年月(和歴) | 　　　　　　年　　　月 |
| 資本金 | 　　　　　　　　百万円 |
| 直近の年間売上高 | 　　　　　　　　百万円（　　年度） |
| 営業の種類 |  |
| 事業概要 |  |
| 本件の総括担当者　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　フリガナ　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　部署 |
| 技術職員・資格・人数 |
| 資　　　格 | 人数 | 合　　計 |
| 一級建築士 | 　　　人 | 人 |
| 構造設計一級建築士 | 人 |
| 設備設計一級建築士 | 人 |
| 建築設備士 | 人 |
| 技術士（技術部門：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 人 |
| 技術士（技術部門：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 人 |
| その他（資格種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |

※　企業の概要が示されている既存のパンフレット等がある場合は添付してください。

※　設計共同企業体の場合は、すべての構成員について作成のうえ提出してください。

※　一級建築士事務所登録証明書（写）をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付してください。

※　技術士、その他資格については、技術部門、資格種別ごとに人数を記載してください。

※　記入欄が不足する場合は、欄、ページを追加してください。

様式 ３-1（実施要領 ５（１）、８（３）関係）

**企業の業務実績**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名称・発注者 | 規　模 | 機　能 | 基本・実施設計期間 | 受注形態 |
| 一般病床数 | 構造 | 延床面積 | ICU |
|  | 床 | 造 | (新築・増築)㎡ | 有・無 | (基本・実施)年　　月～年　　月 | 単独・JV |
|  | 床 | 造 | (新築・増築)㎡ | 有・無 | (基本・実施)年　　月～年　　月 | 単独・JV |
|  | 床 | 造 | (新築・増築)㎡ | 有・無 | (基本・実施)年　　月～年　　月 | 単独・JV |
|  | 床 | 造 | (新築・増築)㎡ | 有・無 | (基本・実施)年　　月～年　　月 | 単独・JV |
|  | 床 | 造 | (新築・増築)㎡ | 有・無 | (基本・実施)年　　月～年　　月 | 単独・JV |

※　実施要領 ５ 応募者の条件（１）にあたる業務実績を３件以上記入してください（記入欄が不足する場合は欄・ページを追加してください）。

※　業務実績に係る契約書（鑑）の写し、業務の内容が分かる仕様書等及び施設概要（病床数等）が応募条件に該当することが正確

　　 に確認できる資料等をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付してください。（守秘に係る事業費等の部分は黒塗りで可）

※　規模（延床面積）、機能（ICU）、基本・実施設計期間、受注形態においては、該当する方に○印をつけてください。

※　機能欄のICUの有無については、増築の場合、増築部分のみを対象として記載してください。

様式 ３-2（実施要領 ５（１）、８（３）関係）

**企業の受賞実績**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名称・発注者 | 施設名 | 所在地 | 受賞名・授与団体 | 受賞年 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　日本建築学会賞や医療福祉建築賞等全国規模で実施された賞の受賞実績を記載してください。

※　受賞実績がわかる資料（賞状の複写等）を、本様式の後に添付してください。

※　業務実績記入欄が不足する場合は欄・ページを追加してください。

様式 ４（実施要領 ５（３）（４）、８（３）関係）

**配置予定技術者の経歴等**

**【管理技術者】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・年齢 | 　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　年 齢　 　　歳 |
| 実務経験年数 | 経験年数　　　年 |
| 資格名（種別等：登録番号）※資格毎に種別、登録番号を右欄に記載してください。※資格記入欄が不足する場合は、欄を広げてください。 | 資格記入欄　・一級建築士（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・技術士　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 業 務 実 績 | 病 院 名 | 病 床 数 | 構造・規模 | 完成年月日 | 参加立場 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |

* 資格証（写）、健康保険被保険者証（写）または雇用関係の証明ができる書類（写）及び上表での役職を証明できる書類（発注者へ提出した実施体制表の写し等）、経験年数を証明できる経歴書等をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付してください。
* 管理技術者の業務実績として、代表する５件（実施要領 ５ 応募者の条件（１）の実績を含み、病床数・実施時期は問いません。完成年月日の内、該当する設計（基本または実施）に○印を付けてください。参加立場の内、該当する立場（管理技術者または主任技術者）に○印を付けてください。）を記入してください。

様式 ５－１（実施要領 ５（４）、８（３）関係）

**配置予定技術者の経歴等**

**【主任技術者（意匠）】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・年齢 | 　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　年 齢　 　 歳 |
| 実務経験年数 | 経験年数　　　年 |
| 資格名（種別等：登録番号）※資格毎に種別、登録番号を右欄に記載してください。※資格記入欄が不足する場合は、欄を広げてください。 | 資格記入欄　・一級建築士（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・技術士　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 業 務 実 績 | 病 院 名 | 病 床 数 | 構造・規模 | 完成年月日 | 参加立場 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |

* 資格証（写）、健康保険被保険者証（写）または雇用関係の証明ができる書類（写）及び上表での役職を証明できる書類（発注者へ提出した実施体制表の写し等）、経験年数を証明できる経歴書等をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付してください。
* 主任技術者（意匠）の実績として、代表する５件（病床数・実施時期は問いません。完成年月日の内、該当する設計（基本または実施）に○印を付けてください。参加立場の内、該当する立場（管理技術者または主任技術者）に○印を付けてください。）を記入してください。

様式 ５－２（実施要領 ５（４）、８（３）関係）

**配置予定技術者の経歴等**

**【主任技術者（意匠以外）】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・年齢 | 　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　年　齢　　　　歳 |
| 担　当　業　務 | 　 |
| 実務経験年数 | 経験年数　　　年 |
| 資格名（種別等：登録番号）※資格毎に種別、登録番号を右欄に記載してください。※資格記入欄が不足する場合は、欄を広げてください。 | 資格記入欄　・一級建築士（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・構造設計一級建築士(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・設備設計一級建築士(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・建築設備士（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・技術士　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 業 務 実 績 | 病 院 名 | 病 床 数 | 構造・規模 | 完成年月日 | 参加立場 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |
|  | 床 | 造㎡ | (基本・実施)年　　月 | 管理技術者・主任技術者 |

* 資格証（写）、健康保険被保険者証（写）または雇用関係の証明ができる書類（写）及び上表での役職を証明できる書類（発注者へ提出した実施体制表の写し等）、経験年数を証明できる経歴書等をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付してください。
* 主任技術者（意匠以外）の実績として、代表する３件（病床数・実施時期は問いません。完成年月日の内、該当する設計（基本または実施）に○印を付けてください。参加立場の内、該当する立場（管理技術者または主任技術者）に○印を付けてください。）を記入してください。

様式 ６（実施要領 ８（２）関係）

**質 問 書**

令和　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

担当者名

電話番号

FAX

E-mail

質問事項（大阪母子医療センター建替基本設計業務委託）

|  |  |
| --- | --- |
| 表　題 | 内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注）表題および内容は、簡潔に分かりやすく記載してください。

様式７

**参 加 辞 退 届**

大阪母子医療センター建替基本設計業務委託について「参加表明書」を提出しましたが、都合により以降の参加を辞退します。

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

　　　　総長　倉智　博久　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式 ８

**技 術 提 案 書**

　大阪母子医療センター建替基本設計業務委託の公募型プロポーザルについて、技術提案書を提出します。

なお、添付資料については、事実に相違ないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

総長　倉智　博久　様

（提出者）

所在地

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

（プレゼンテーション及びヒアリングの参加者）

管理技術者

所属

氏名

連絡先

主任技術者（担当分野　意匠　）

所属

氏名

主任技術者（担当分野　　　　　）

所属

氏名

主任技術者（担当分野　　　　　）

所属

氏名

主任技術者（担当分野　　　　　）

所属

氏名

※プロジェクターは当センターで用意します。

※やむを得ず、プレゼンテーションの参加者が変わる場合は、事前に連絡ください。

様式９‐１

|  |
| --- |
| **業務の実施方針** |
| A４（１枚以内）※用紙は縦使いとする |

様式９‐２

|  |  |
| --- | --- |
| **提案テーマ１～４** |  |
| A３（計４枚以内）※用紙は横使いとする |

様式１０

**基本設計業務受託参考見積書**

令和 年 月 日

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

総長　倉智　博久　様

所在地

商号及び名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

大阪母子医療センター建替基本設計業務委託に係る参考見積金額について、下記のとおり提出します。

記

基本設計業務受託参考見積金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

（ただし、消費税及び地方消費税を含まない。）

（ 注 意 事 項 ）

1 金額は算用数字で記入し、頭部に￥を付記してください。

2 基本設計業務受託参考見積書には内訳書を添付してください。

3　内訳書の様式は問いません。

様式 １１

**技術提案書作成に関する質問書**

令和　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

担当者名

電話番号

FAX

E-mail

質問事項（大阪母子医療センター建替基本設計業務委託：技術提案書）

|  |  |
| --- | --- |
| 表　題 | 内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注）表題および内容は、簡潔に分かりやすく記載してください。