

(様式1-1) 日本工業規格A4 (縦)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所又は所在地

商号又は名称

代 表 者

印

参加意向申出書

件名：浜松医療センター新病院整備事業施工予定者選定プロポーザル

上記プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

なお、提出書類の記載内容については、事実に相違ないことを誓約します。

【連絡担当者】

所属部署：

氏 名：

住 所：〒

電 話：

F A X：

メ ー ル：

※書類送付、質問回答等の送付先となります。

(様式 1 - 2) 日本工業規格 A 4 (縦)

資 格 調 書

件名：浜松医療センター新病院整備事業施工予定者選定プロポーザル

商号又は名称	
--------	--

(工事受託実績)

平成 14 年以降に完成した一般病床 300 床以上かつ延べ面積 25,000 m²以上 (増築にあつては当該対象部分の面積を対象とする。) で基礎免震構造を採用した病院の新築・改築・増築工事の受託実績

工 事 名	
病 院 名	
発 注 者	
病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
延 べ 面 積	m ²
工 事 種 別	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 改 築 <input type="checkbox"/> 増 築
工 事 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

(特定建設業の許可)

許 可 番 号	建設業の許可 () 第 号
---------	----------------

(一級建築士事務所の登録)

建築士事務所名	
登 録 番 号	() 知事登録 第 号

<注意>

(工事受託実績)

- 1 契約書、工事内容の分かるもの（図面等）、工事対象病院の概要が分かるもの（病院のパンフレット等）等、本プロポーザルの参加条件に該当する業務であることが客観的に判断できる書類（写し可）を添付すること。
- 2 契約が複数回に跨る工事も一連の工事であれば対象とする。
（例：〇〇病院建設工事 その1、同 その2 等）
- 3 工事種別欄は該当する□にチェックを入れること。

(特定建設業の許可、一級建築士事務所の登録)

- 4 特定建設業の許可証の写し及び一級建築士事務所登録証の写しを添付すること。

(様式2) 日本工業規格A4 (縦)

提案書 (一次審査用)

件名：浜松医療センター新病院整備事業施工予定者選定プロポーザル

商号又は名称	
--------	--

1 同種工事の受託実績

1 件 目	工 事 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	延 べ 面 積	m ²
	工 事 種 別	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 改 築 <input type="checkbox"/> 増 築
	実 施 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	設 置 設 備	<input type="checkbox"/> 手術室 (バイオクリーンルーム ISOクラス7) <input type="checkbox"/> ヘリポート (建物上に設置されたもの) <input type="checkbox"/> 画像撮影装置 (CT、MRI、アンギオ全て) <input type="checkbox"/> 無菌病室 (無菌治療室加算1に該当するもの)
	発 注 方 法	

2 件 目	工 事 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	延べ面積	m ²
	工事種別	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 改 築 <input type="checkbox"/> 増 築
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	設置設備	<input type="checkbox"/> 手術室 (バイオクリーンルーム I S O クラス 7) <input type="checkbox"/> ヘリポート (建物上に設置されたもの) <input type="checkbox"/> 画像撮影装置 (C T、M R I、アンギオ) <input type="checkbox"/> 無菌病室 (無菌治療室加算 1 に該当するもの)
	発注方法	
3 件 目	工 事 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	延べ面積	m ²
	工事種別	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 改 築 <input type="checkbox"/> 増 築
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	設置設備	<input type="checkbox"/> 手術室 (バイオクリーンルーム I S O クラス 7) <input type="checkbox"/> ヘリポート (建物上に設置されたもの) <input type="checkbox"/> 画像撮影装置 (C T、M R I、アンギオ全て) <input type="checkbox"/> 無菌病室 (無菌治療室加算 1 に該当するもの)
	発注方法	

4 件 目	工 事 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	延べ面積	m ²
	工事種別	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 改 築 <input type="checkbox"/> 増 築
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	設置設備	<input type="checkbox"/> 手術室 (バイオクリーンルーム I S Oクラス7) <input type="checkbox"/> ヘリポート (建物上に設置されたもの) <input type="checkbox"/> 画像撮影装置 (C T、M R I、アンギオ全て) <input type="checkbox"/> 無菌病室 (無菌治療室加算1に該当するもの)
	発注方法	
5 件 目	工 事 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	延べ面積	m ²
	工事種別	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 改 築 <input type="checkbox"/> 増 築
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	設置設備	<input type="checkbox"/> 手術室 (バイオクリーンルーム I S Oクラス7) <input type="checkbox"/> ヘリポート (建物上に設置されたもの) <input type="checkbox"/> 画像撮影装置 (C T、M R I、アンギオ全て) <input type="checkbox"/> 無菌病室 (無菌治療室加算1に該当するもの)
	発注方法	

2 地域貢献度

地元業務割合	%以上
--------	-----

3 社会性等

経営事項審査 「その他社会性等評点(W)」	点
--------------------------	---

4 研究開発の状況

経営事項審査 「研究開発の状況 (W6)」	点
--------------------------	---

5 品質管理・環境・情報セキュリティへの取組状況

認証取得している マネジメントシステム等	<input type="checkbox"/> ISO9001 <input type="checkbox"/> ISO14001 又は エコアクション21 <input type="checkbox"/> ISO27001
-------------------------	---

6 障害者雇用の状況

障害者雇用率	%
--------	---

<注意>

(共通)

- 1 記載欄の□には該当するものにチェックを入れること。

(同種工事の受託実績)

- 2 同種工事について最大5件まで記載すること。
- 3 契約書、工事内容の分かるもの(図面等)、工事対象病院の概要が分かるもの(病院のパンフレット等)等、評価項目に該当する業務であることが客観的に判断できる書類(写し可)を添付すること。
- 4 契約が複数回に跨る工事も一連の工事であれば対象とする。
(例: ○○病院建設工事 その1、同 その2 等)

(地域貢献度)

- 5 (JV構成員のうち市内業者の出資比率) + (一次下請け業者のうち市内業者への発注割合)。

(社会性等、研究開発の状況)

- 6 経営事項審査の総合評定値通知書(最新のもの)の写しを添付すること。

(品質管理・環境・情報セキュリティへの取組状況)

- 7 認証を取得していることが判断できる書類(認証登録証等)の写しを添付すること。
- 8 ISO9001、ISO14001については、経営事項審査の総合評定値通知書で確認できれば認証登録証等の写しは不要とする。

(障害者雇用の状況)

- 9 障害者雇用率を確認できる書類(写し可)を添付すること。

(様式3) 日本工業規格A4 (縦)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所又は所在地

商号又は名称

代 表 者

印

提案書 (表紙)

件名：浜松医療センター新病院整備事業施工予定者選定プロポーザル

上記プロポーザルについて、提案書 (二次審査用) を提出します。

【連絡担当者】

所属部署：

氏 名：

住 所：〒

電 話：

F A X：

メ ー ル：

※書類送付、質問回答等の送付先となります。

課題 1) 市内での積極的な資材調達

主旨 本病院は市立病院であることから、単に医療を提供する施設としてだけでなく、市民に広く親しまれる病院であることが望まれる。また、地域経済への貢献についても大きな期待が寄せられている。そのため、市内生産品の積極的な活用及び市内での資材調達について、活用・調達を想定する資材の種類とその活用・調達方法等について具体的な提案を求める。

本市の想定 市内産木材の積極的な活用を始め、市内で生産可能なものはできるだけ市内生産品を活用していただきたい。また、市外で生産された資材についてもできるだけ市内業者から調達していただきたい。

(様式 4 - 1) 日本工業規格 A 3 (横)

提案書 (課題 - 1)

備考：枠等は特に設けなくても良いが、タイトルは記載すること。

課題 2) 工事期間中の周辺環境への配慮

主旨 建設予定地の南側は閑静な住宅地であり、北側は現病院が運営された状態での工事となる。そのため、工事期間中の騒音・震動・粉塵等による周辺環境への影響が懸念される。また、周辺道路は駐車場入場待ちの車両等で混雑している状況であるが、工事関係車両の増加により更なる混雑が想定される。そのため、周辺に対する騒音等や交通の円滑化等に対する配慮事項について具体的な提案を求める。

本市の想定 地元説明会等による工事の周知、低騒音・低振動型機械の利用、夜間休日等の工事抑制を想定している。また、工事契約後、新病院建設に先立ち立体駐車場を整備することで、患者駐車場台数を確保するよう想定している。

(様式 4 - 2) 日本工業規格 A 3 (横)

提案書 (課題 - 2)

備考：枠等は特に設けなくても良いが、タイトルは記載すること。

課題3) 厳しい施工条件への対応策

主旨 建設予定地は、上空に送電線が通っている、南側民地に法面がある、地下水位が高い、施工ヤードが狭いなど、様々な厳しい条件の中での施工となるため、一般的な工事に比べ、工事期間中の安全確保や品質確保に対し、より高度な配慮が求められる。そのため、種々の施工条件に対する安全確保、品質確保への対応策について具体的な提案を求める。

本市の想定 杭打ちや地盤改良等での特殊な重機の使用、法面保護、水替えなどの対策を想定している。

(様式4-3) 日本工業規格A3 (横)

提案書 (課題-3)

備考：枠等は特に設けなくても良いが、タイトルは記載すること。

<注意>

- 1 提案は、各様式片面1枚で記述すること。
- 2 課題に対する基本的な考えを簡潔に記述すること。文字は10ポイント以上とする。
なお、図・表中の文字は、この限りではない。
- 3 図・表等による表現は、文章を補完するための必要最小限な範囲とすること。
- 4 提案すべき内容が無い場合は、「提案なし」と記載して提出すること。
- 5 提出者を特定できる内容（社名、ロゴマーク等）を記載してはならない。
- 6 改善提案として提出する場合は、タイトル欄に「改」と記載すること。
例：「提案書（課題－1）改」

(様式5) 日本工業規格A4 (縦)

提案書 (VE)	番号	/
(提案名)		
(提案内容)		
(病院運営への影響)		
(品質確保)		
(コスト削減)		

<注意>

- 1 提案書片面1枚につき1件の提案を記載すること。
- 2 各記載欄は適宜大きさを変えても良いが、A4片面に収めること。
- 3 文字は10ポイント以上とする。なお、図・表中の文字は、この限りではない。
- 4 「番号」欄には、「提案の通し番号（1から順に記載）／全提案数」と記載すること。
例：番号「1／10」
- 5 「提案名」欄には、提案のタイトルを記載すること。
- 6 「提案内容」欄には、提案の主旨、内容、効果等を具体的かつ簡潔に記載すること。
- 7 「病院運営への影響」欄には、当該提案を採用した場合に想定される病院運営への影響について記載すること。運営上の影響が想定されない場合は、「影響なし」と記載すること。
- 8 「品質確保」欄には、当該提案を採用した場合に想定される施設品質への影響について記載すること。施設品質への影響が想定されない場合は、「影響なし」と記載すること。
- 9 「コスト縮減」欄には、当該提案を採用した場合のコスト縮減予定額（消費税及び地方消費税相当額を除いた額）を記載すること。コストが増加する場合には、「〇〇円増額」、コストの増減がない場合は「増減なし」と記載すること。
- 10 提案内容を補足するための資料（製品のカタログ、写真等）の添付は可とする。
- 11 提出者を特定できる内容（社名、ロゴマーク等）を記載してはならない。
- 12 改善提案書として提出する場合は、提案の通し番号に「改」と記載すること。
例：番号「1改／10」

(様式6) 日本工業規格A4 (縦)

提案書 (工事費)

提案工事費 (VE提案前)

金	円
---	---

VE提案による縮減予定額

VE提案縮減予定額合計	金	円
VE提案1	金	円
VE提案2	金	円
VE提案3	金	円
VE提案4	金	円
VE提案5	金	円
VE提案6	金	円
VE提案7	金	円
VE提案8	金	円
VE提案9	金	円
VE提案10	金	円

今回提出したVE提案以外による縮減見込額

金	円
---	---

提案工事費 (縮減後)

金	円
---	---

<注意>

- 1 金額は全て消費税及び地方消費税を除いた額とする。
- 2 「提案工事費（VE提案前）」欄には、本市の示した設計通りに施工した場合の金額を記載すること。
- 3 「VE提案による縮減予定額」欄には、今回提出したVE提案による縮減予定額を記載すること。
- 4 「今回提出したVE提案以外による縮減見込額」欄には、今回提出した以外のVE提案による目標とする縮減見込み額を記載すること。
- 5 「提案工事費（縮減後）」欄には、「提案工事費（VE提案前）」から「VE提案による縮減予定額」及び「今回提出したVE提案以外による縮減見込額」を差し引いた額を記載すること。
- 6 改善提案書として提出する場合は、右上に「改」と記載すること。

