

(様式1-1)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

企画提案書提出意向申出書

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

上記募集について、企画提案書を提出したいので、下記の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、事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 資格調書（様式1-2）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1部
- 2 業務実施体制（様式1-3）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1部
- 3 業務受託実績（様式1-4）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1部
- 4 総括責任者の実績（様式1-5）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1部
- 5 主担当者の実績（様式1-6）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1部

【連絡担当者】

所属部署：

氏 名：

住 所：〒

電 話：

F A X：

E-mail：

※書類送付、質問回答等の送付先となります。

(様式 1 - 2)

資 格 調 書

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

商号又は名称	
--------	--

一般病床が 400 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、市町村若しくは一部事務組合が設置する病院又は公的病院（医療法第 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。）の整備基本構想又は整備基本計画の策定支援業務を、平成 19 年度以降に受託し、かつ、履行した実績。

業 務 名	
病 院 名	
発 注 者	
病 床 数	床（うち一般病床数 床）
実施期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
業務概要	

国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、都道府県、市町村若しくは一部事務組合が設置する病院又は公的病院（医療法第 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。）の経営分析、経営評価、機能評価に類する業務を平成 19 年度以降に受託し、かつ、履行した実績。

業 務 名	
病 院 名	
発 注 者	
実施期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
業務概要	

(注意)

- 1 本業務を支店等で実施する場合は、「商号又は名称」欄に支店名等を併記すること。この場合、提案資格に係る業務受託実績は、当該支店等の実績を記載すること。
- 2 契約書の写し、受託業務の概要が分かるもの（仕様書等）及び業務対象病院の概要が分かるもの（病院のパンフレット等）を添付すること。

(様式1-3)

業務実施体制

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

商号又は名称	
--------	--

実施体制

常勤職員数	有資格者	人	計 人
	医師	人	
	一級建築士	人	
	医業経営コンサルタント	人	
	その他	人	
総括責任者	氏名		
所有資格	医師	一級建築士	医業経営コンサルタント
有資格者として業務に従事した期間		年	か月
その他で業務に従事した期間		年	か月
主担当者	氏名		
所有資格	医師	一級建築士	医業経営コンサルタント
有資格者として業務に従事した期間		年	か月
その他で業務に従事した期間		年	か月
担当者1	氏名		
所有資格	医師	一級建築士	医業経営コンサルタント
有資格者として業務に従事した期間		年	か月
その他で業務に従事した期間		年	か月
担当者2	氏名		
所有資格	医師	一級建築士	医業経営コンサルタント
有資格者として業務に従事した期間		年	か月
その他で業務に従事した期間		年	か月
担当者3	氏名		
所有資格	医師	一級建築士	医業経営コンサルタント
有資格者として業務に従事した期間		年	か月
その他で業務に従事した期間		年	か月

(注意)

- 1 常勤職員数は、本業務を支店等で実施する場合には、当該支店等の職員について記載すること。
- 2 総括責任者、主担当者及び各担当者の資格を証するもの（資格者証の写し等）を添付すること。
- 3 総括責任者、主担当者及び各担当者の雇用状況を証するもの（保険証の写し等）を添付すること。

(様式1-4)

業 務 受 託 実 績

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

商号又は名称	
--------	--

同種業務の受託実績

1 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	受託方法	
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	
2 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	受託方法	
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	

3 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	受託方法	
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	
4 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	受託方法	
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	

5 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	受託方法	
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	

類似業務の受託実績

1 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	
2 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	
3 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	
4 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	
5 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	

(注意)

- 1 本業務を支店等で実施する場合は、当該支店等の実績を記載すること。
- 2 「受託方法」欄は、プロポーザル方式又はそれに類する方式の場合、その方式を記載すること。
- 3 「加算項目」欄は、業務対象病院に該当するものがある場合、□にレ点を記載すること。
- 4 「業務概要」欄に、受託業務の概要を記載すること。
- 5 契約書の写し、業務概要が分かるもの（仕様書の写し等）及び業務対象病院の概要が分かるもの（病院のパフレット等）を添付すること。

(様式1-5)

総括責任者の実績

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

商号又は名称	
--------	--

氏名		本業務への専任	する	しない
----	--	---------	----	-----

同種業務の実績

1 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
2 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者

3 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
4 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
5 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者

類似業務の受託実績

1 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
2 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
3 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
4 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
5 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者

(注意)

- 1 「加算項目」欄は、業務対象病院に該当するものがある場合、□にレ点を記載すること。
- 2 立場には、当該業務に従事したときの立場（総括責任者、主担当者、担当者）を記載すること。
- 3 「業務概要」欄に、受託業務の概要を記載すること。
- 4 契約書の写し、業務概要が分かるもの（仕様書の写し等）及び業務対象病院の概要が分かるもの（病院のパンフレット等）を添付すること。

(様式1-6)

主 担 当 者 の 実 績

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

商号又は名称	
--------	--

氏 名		本業務への専任	する	しない
-----	--	---------	----	-----

同種業務の実績

1 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
2 件 目	業 務 名	
	病 院 名	
	発 注 者	
	病 床 数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) <input type="checkbox"/> 総括責任者 主担当者 担当者

3 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
4 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
5 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	病床数	床 (うち一般病床数 床)
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	加算項目	公立病院等 地域医療支援病院 開放型病院 救命救急センター 総合又は地域周産期医療センター 災害拠点病院 がん診療連携拠点病院
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者

類似業務の受託実績

1 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
2 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
3 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
4 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者
5 件 目	業務名	
	病院名	
	発注者	
	実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	業務概要	(立場) 総括責任者 主担当者 担当者

(注意)

- 1 「加算項目」欄は、業務対象病院に該当するものがある場合、□にレ点を記載すること。
- 2 「立場」欄には、当該業務に従事したときの立場（総括責任者、主担当者、担当者）を記載すること。
- 3 「業務概要」欄に、受託業務の概要を記載すること。
- 4 契約書の写し、業務概要が分かるもの（仕様書の写し等）及び業務対象病院の概要が分かるもの（病院のパンフレット等）を添付すること。

(様式2-1)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

企 画 提 案 書

件名：浜松市新病院建設構想策定支援業務委託に関する企画提案書募集

上記募集について、企画提案書を提出します。

【連絡担当者】

所属部署：

氏 名：

住 所：〒

電 話：

F A X：

E-mail：

※書類送付、質問回答等の送付先となります。

(様式2-2)

市民意見の収集・分析方針	
新病院建設に向けての市民意見の収集・分析方法、分析に対する考え方、特に配慮すべき事項について明確に記載してください。	
医療センタースタッフの意見収集・分析方針	
新病院建設に向けての医療センタースタッフの意見収集・分析方法、分析に対する考え方、特に配慮すべき事項について明確に記載してください。	
全体計画・部門計画の検討方針	
全体計画・部門計画を策定するために必要と考える検討方針、検討項目、検討方法及び配慮事項について明確に記載してください。	
施設整備計画の検討方針	
施設整備計画を策定するために必要と考える検討方針、検討項目、検討方法及び配慮事項について明確に記載してください。	
施設整備手法の検討方針	
想定される施設整備手法及びその比較検討方針、検討方法、配慮すべき事項について明確に記載してください。	
収支計画の検討方針	
現状の収支分析及び新病院の収支計画、シミュレーション等の検討方針、検討方法、配慮すべき事項について明確に記載してください。	

備考：用紙の大きさは、日本工業規格A4（縦）両面10枚以内とする。

記載欄は必要に応じて適宜広げて使用すること。

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。

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。

提出者を特定できる内容（具体的な社名、ロゴマーク等）を記載してはならない。