（様式１）簡易公募型プロポーザル（一次審査）参加表明書

業務名　千葉市立新病院整備基本計画策定支援及び基本設計業務委託

標記のプロポーザルに参加します。

（あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

千葉市病院事業管理者　寺井　勝

提出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

企業の保有する技術職員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資　格 | 人　数 | 計 |
| 一級建築士 | 人 | 人 |
| 建築設備士 | 人 |
| 技術士 | 人 |
| その他の技術者 | 人 | 人 |
| 注意　複数の資格を持つ技術者は、該当する何れかの項目で計上してください。  　　（重複での計上は行わないでください。） | | |

※この様式１においては、押印したものをPDF化してください。

　※共同企業体等で参加の場合は、別紙にて、上記と同様に構成する企業の保有する技術職員について

記載してください。

（様式２－１）基本計画策定支援に係る同種業務実績（過去５年間の業務実績）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 業務名 | 発注者 | 受注  形態 | 一般  病床数 | ＩＣＵ | 災害拠点病院 | 業務履行  期間 |
| 1 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 2 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 3 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 4 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 5 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 6 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 7 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 8 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 9 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 10 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 注意１　病床数は一般病床の数のみを記載してください。  　　２　同種業務実績は10件までとします。  　　３　本プロポーザルにJV等で参加の場合は、業務名欄に実績を有する構成員の名称を（　）  書きで記載してくだいさい。  ４　災害拠点病院の欄の「該当」とは、災害拠点病院指定要件（施設及び設備）を満たしている病院とし、現在の指定の有無は問いません。  ５　ＩＣＵを有し、災害拠点病院に該当する病院を優先し、その中で病床数の大きいものから記載してください。  ６　その他参加表明書作成要領の記載によるものとします。 | | | | | | | |

（様式２－２）基本設計に係る同種業務実績（過去５年間の業務実績）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 業務名 | 発注者 | 受注  形態 | 一般  病床数 | ＩＣＵ | 災害拠点病院 | 業務履行  期間 |
| 1 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 2 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 3 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 4 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 5 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 6 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 7 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 8 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 9 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 10 |  |  | 単独・  ＪＶ | 床 | 有・無 | 該当・  非該当 | 年　月  ～　年　月 |
| 注意１　病床数は一般病床の数のみを記載してください。  　　２　同種業務実績は10件までとします。  　　３　本プロポーザルにJV等で参加の場合は、業務名欄に実績を有する構成員の名称を（　）書きで記載してくだいさい。  ４　災害拠点病院の欄の「該当」とは、災害拠点病院指定要件（施設及び設備）を満たしている病院とし、現在の指定の有無は問いません。  ５　ＩＣＵを有し、災害拠点病院に該当する病院を優先し、その中で病床数の大きいものから記載してください。  ６　その他参加表明書作成要領の記載によるものとします。 | | | | | | | |

（様式３）企業の受賞実績

（過去５年間に医療福祉建築賞、日本建築学会賞、日本建築家協会賞等、全国規模で実施されたもの）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 業務名 | 発注者 | 受賞名 | 構造・面積 | 受賞  年月 |
| 1 |  |  |  | ㎡ | 年  月 |
| 2 |  |  |  | ㎡ | 年  月 |
| 3 |  |  |  | ㎡ | 年  月 |
| 4 |  |  |  | ㎡ | 年  月 |
| 5 |  |  |  | ㎡ | 年  月 |
| 注意１　病院の新築（建替えを含む）に係る設計の受賞実績に限るものとします。  ２　過去５年間の受賞とは、平成２７年度以降の受賞とします。  ３　受賞実績は5件までとします。  ４　施設の発注者は、公共・民間を問いません。  ５　構造は、構造種別・地上階数/地下階数を記載してください（例：RC・5/1）。  ６　本プロポーザルにＪＶ等で参加の場合は、業務名欄に受注者名を（　）書きで記載してください。 | | | | | |

（様式４－１）基本計画策定支援に係る主任技術者（管理技術者）の同種業務実績等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　氏名 | | | ２　生年月　　　　年　　月 | | | |
| ３　所属事務所・役職 | | | | | | |
| ４　保有資格等　　実務経験年数（　　）年  　　保有資格名： | | | | | | |
| ５　同種業務実績（過去５年間の業務実績） | | | | | | |
| No | 業務名 | 発注者 | 一般  病床数 | ＩＣＵ | 災害拠点  病院 | 業務履行期間 |
| 1 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 2 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 3 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 4 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 5 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 注意１　病床数は一般病床の数のみを記載してください。  　　２　同種業務実績は5件までとします。  　　３　同種業務実績は、必ずしも主任技術者（管理技術者）としての実績、また現在所属する企  業における実績に限らないものとする。  ４　災害拠点病院の欄の「該当」とは、災害拠点病院指定要件（施設及び設備）を満たしている病院とし、現在の指定の有無は問いません。  ５　ＩＣＵを有し、災害拠点病院に該当する病院を優先し、その中で病床数の大きいものから記載してください。  ６　その他参加表明書作成要領の記載によるものとします。 | | | | | | |

（様式４－２）基本計画策定支援に係る主任担当技術者の同種業務実績等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　氏名 | | | ２　生年月　　　　年　　月 | | | |
| ３　所属事務所・役職 | | | | | | |
| ４　主担当業務　□全体計画・部門別計画　　　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ５　保有資格等　　実務経験年数（　　）年  　　保有資格名： | | | | | | |
| ６　同種業務実績（過去５年間の業務実績） | | | | | | |
| No | 業務名 | 発注者 | 一般  病床数 | ＩＣＵ | 災害拠点  病院 | 業務履行期間 |
| 1 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 2 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 3 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 4 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 5 |  |  | 床 | 有・無 | 該当・非該当 | 年　　月  ～　年　　月 |
| 注意１　病床数は一般病床の数のみを記載してください。  　　２　同種業務実績は5件までとします。  ３　同種業務実績は、必ずしも主任担当技術者としての実績、また現在所属する企業における  実績に限らないものとする。  ４　該当する主担当業務の欄にチェックを付けてください。  ５　災害拠点病院の欄の「該当」とは、災害拠点病院指定要件（施設及び設備）を満たしている病院とし、現在の指定の有無は問いません。  ６　ＩＣＵを有し、災害拠点病院に該当する病院を優先し、その中で病床数の大きいものから記載してください。  ７　すべての主任担当技術者について提出してください。  ８　その他参加表明書作成要領の記載によるものとします。 | | | | | | |

（様式４－３）基本設計に係る主任技術者（管理技術者）の同種業務実績等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　氏名 | | |  | | | ２　生年月　　　　年　　月 | | | |
| ３　所属事務所・役職 | | | | | | | | | |
| ４　保有資格等　　実務経験年数（　　）年  　　・一級建築士（登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　・その他　　（登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ５　同種業務実績（過去５年間の業務実績） | | | | | | | | | |
| No | | 業務名 | 発注者 | | 施設概要 | | | | 業務履行期間 |
| 一般  病床数 | | ＩＣＵ | 災害拠点  病院 |
| 1 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 2 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 3 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 4 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 5 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| ６　手持業務の状況（令和２年６月現在） | | | | | | | | | |
| No | 業務名 | | | 発注者 | | | 施設概要 | | 業務履行期間 |
| 用途 | 構造・面積 |
| 1 |  | | |  | | |  | ㎡ | 年　月  ～　　年　月 |
| 2 |  | | |  | | |  | ㎡ | 年　月  ～　　年　月 |
| 3 |  | | |  | | |  | ㎡ | 年　月  ～　　年　月 |
| 注意１　病床数は一般病床の数のみを記載してください。  　　２　同種業務実績は5件までとします。  　　３　同種業務実績は、必ずしも主任技術者（管理技術者）としての実績、また現在所属する企  業における実績に限らないものとする。  ４　手持業務の状況は、本業務と過半が重複するものを3件まで記載してください。  ５　構造は、構造種別・地上階数/地下階数を記載してください（例：RC・5/1）。」  ６　災害拠点病院の欄の「該当」とは、災害拠点病院指定要件（施設及び設備）を満たしている病院とし、現在の指定の有無は問いません。  ７　同種業務実績は、ＩＣＵを有し、災害拠点病院に該当する病院を優先し、その中で病床数の大きいものから記載してください。  　　８　その他参加表明書作成要領の記載によるものとします。 | | | | | | | | | |

（様式４－４）基本設計に係る主任担当技術者（総合・構造・電気・機械）の同種業務実績等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　氏名 | | |  | | | ２　生年月　　　　年　　月 | | | |
| ３　所属事務所・役職 | | | | | | | | | |
| ４　主担当業務　　□総合（建築・意匠）□構造　　□電気　　□機械 | | | | | | | | | |
| ５　保有資格等　　実務経験年数（　　）年  　　・一級建築士（登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　・その他　　（登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ６　同種業務実績（過去５年間の業務実績） | | | | | | | | | |
| No | | 業務名 | 発注者 | | 施設概要 | | | | 業務履行期間 |
| 一般  病床数 | | ＩＣＵ | 災害拠点  病院 |
| 1 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 2 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 3 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 4 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| 5 | |  |  | | 床 | | 有・無 | 該当・非該当 | 年　月  ～　　年　月 |
| ６　手持業務の状況（令和２年６月現在） | | | | | | | | | |
| No | 業務名 | | | 発注者 | | | 施設概要 | | 業務履行期間 |
| 用途 | 構造・面積 |
| 1 |  | | |  | | |  | ㎡ | 年　月  ～　　年　月 |
| 2 |  | | |  | | |  | ㎡ | 年　月  ～　　年　月 |
| 3 |  | | |  | | |  | ㎡ | 年　月  ～　　年　月 |
| 注意１　病床数は一般病床の数のみを記載してください。  　　２　同種業務実績は5件までとします。  ３　同種業務実績は、必ずしも主任担当技術者としての実績、また現在所属する企業における  実績に限らないものとする。  ４　手持業務の状況は、本業務と過半が重複するものを3件まで記載してください。  ５　構造は、構造種別・地上階数/地下階数を記載してください（例：RC・5/1）。  ６　災害拠点病院の欄の「該当」とは、災害拠点病院指定要件（施設及び設備）を満たしている病院とし、現在の指定の有無は問いません。  ７　同種業務実績は、ＩＣＵを有し、災害拠点病院に該当する病院を優先し、その中で病床数の大きいものから記載してください。  ８　該当する主担当業務の欄にチェックを付けてください。  　　９　総合、構造、電気、機械の主任担当技術者について提出してください。  10　その他参加表明書作成要領の記載によるものとします。 | | | | | | | | | |

（様式５）質問書書式

令和　　年　　月　　日

千葉市病院事業管理者

寺井　勝　様

提出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

質問書

千葉市立新病院整備基本計画策定支援及び基本設計業務委託のプロポーザルについて、次の項目

を質問いたします。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

注）１　質問がない場合は、質問書を提出する必要ありません。

　　２　押印の上PDF化して送信してください。

（様式６）

**誓　　約　　書**

（その１）

　　年 　　月 　　日

　（あて先）千葉市病院事業管理者

　　　　　　　 　　　　　　所在地又は住所

　　 　　　　　　商号又は名称

　　 　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　 　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　今般の「千葉市立新病院整備基本計画策定支援及び基本設計業務委託」のプロポーザル参加に関し、私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律等の規定に抵触する行為は行っていないことを誓約し、この誓約書の写しが、公正取引委員会及び千葉県警察に送付されても異議ありません。また、千葉市暴力団排除条例第９条に規定する暴力団員等又は暴力団密接関係者に該当しないことを誓約し、当該事実を確認するため、千葉県警察に照会されても異議ありません。

　なお、千葉市内において、都市計画法に違反していないことも併せて誓約します。

（様式７）

**誓　　約　　書**

（その２）

　　年 　　月 　　日

　（あて先）千葉市病院事業管理者

　　　　　　　 　　　　　　所在地又は住所

　　 　　　　　　商号又は名称

　　 　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　 　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　印

当社は、地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当しない者であり、かつ次の各号にも該当しない者であることを誓約します。

①手形交換所による取引停止処分を受けてから２年間を経過しない者

②千葉市立新病院整備基本計画策定支援及び基本設計業務委託の参加表明書提出日前６か月以内に不渡手形又は不渡小切手を出した者

③会社更生法（平成１４年法律第１５４号）の更生手続開始の申立てをした者で、同法に基づく裁判所からの更生手続開始決定がされていない者

④民事再生法（平成１１年法律第２２５号）の再生手続開始の申立てをした者で、同法に基づく裁判所からの再生計画認可決定がなされていない者

⑤千葉市物品等入札参加資格者指名停止措置要領（昭和６０年８月１日施行）及び千葉市建設工事請負業者等指名停止措置要領（平成２９年５月２３日施行）に基づく指名停止措置等を技術提案書の提出日から契約の締結日までの間に受けている者

⑥法人税並びに消費税及び地方消費税を完納していない者

⑦千葉市内に本店又は営業所等を有する者にあっては、千葉市税（延滞金を含む）を完納していない者

⑧千葉市内に本店又は営業所等を有する者で、個人住民税の特別徴収を行うべき者にあっては、個人住民税の特別徴収を行っていない者