

公募型プロポーザル方式参加表明及び資格確認申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立母子保健総合医療センター
総長 藤村 正哲 様

申請者名
所在地
商号又は名称
代表者職氏名 印
(大阪府入札参加資格者登録番号)

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センターの下記委託の公募型プロポーザル方式に参加を表明し、資格について確認されたく下記の添付書類を添えて申請します。なお、この申請書及び添付書類の全ての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 委託名称 大阪府立母子保健総合医療センター手術棟増築工事基本計画・基本設計その他業務委託

2. 添付資料 ① 契約実績調書(様式第2号)、契約書及び仕様書の写し
② 配置技術者調書(様式第3-1号、3-2号)及び実績証明書類の写し

3. 担当者記入欄

部署名	
上記部署所在地	
役職名	
氏名	(フリガナ)
電話番号	
FAX 番号	
電子メールアドレス	

契約実績調書

No	発注者区分	発注者	所在地	病床数	施設名称・概要 工事の内容	業務概要	設計対象 工事金額 (消費税及び 地方消費税を 含む金額 単 位千円)	履行期間
例	公共	〇〇病院	大阪府 大阪市	200	〇〇病院 病院 RC造 8階建 延床面積 10,000 m ² 病棟新築工事実施設計業 務	実施設計	400,000	平成18年 4月1日から 平 成18年 12月31 日まで
1								

※平成13年4月から平成23年3月までの間に、元請（設計JVは除く。）としての実績について記入して下さい。

※上記の実績が確認できる契約書等の写しをそれぞれ添付すること。

※延べ面積及び病床数が判別できる図面等を添付すること。

配置技術者実績等調書（管理技術者）

（本業務を担当する管理技術者について記入して下さい。）

○管理技術者経歴書

氏名			
年齢			
保有する資格	・	資格（登録）番号	
	・	資格（登録）番号	
	・	資格（登録）番号	
	・	資格（登録）番号	
経験年数			
同種業務の実績	○発注者		
	○委託名称		
	○業務実施所在地		
	○施設用途		
	○設計概要 (構造・階数・延べ面積・病床数)	造、階建て、延べ面積：	m ²
	○設計期間	H . 月～H . 月	床
	○工事期間	H . 月～H . 月	
	○携わった立場（○で囲むこと）	・管理技術者	・総括管理技術者

※実績（設計JVは除く。）は、平成13年4月から平成23年3月までの間に、実施設計業務を完了したもの。

※上記の資格及び実績が確認できる契約書等の写しをそれぞれ添付すること。

※延べ面積及び病床数が判別できる図面等を添付すること。

※上記2点の提出が難しい場合は、「契約実績に係る証明書（様式4号）」を添付すること。

配置技術者実績等調書（主任技術者）

（本業務を担当する主任技術者について記入して下さい。）

○主任技術者経歴書

氏名			
年齢			
担当区分 （該当する箇所を ○で囲むこと。）	意匠 ・ 構造 ・ 設備 ・ 機械		
協力事務所名 （技術者が協力事 務所の従業員であ る場合記入する。）	所在地		
	商号又は名称		
	代表者職氏名		
	大阪府入札参加資格者登録番号		
保有する資格	・	資格（登録）番号	
	・	資格（登録）番号	
	・	資格（登録）番号	
	・	資格（登録）番号	
経験年数			
病院の新築、改 築又は増築工事 の実設計の実 績	○発注者		
	○委託名称		
	○業務実施所在地		
	○施設用途		
	○設計概要 （構造・階数・延べ面積・病床数）	造、階建て、延べ面積：	m ²
	○設計期間	H . 月～H . 月	床
	○工事期間	H . 月～H . 月	
	○携わった立場（○で囲むこと）	・主任技術者	・管理技術者

※実績（JVは除く。）は平成13年4月から平成23年3月までの間に、実施設計業務を完了したものの。

※上記の資格及び実績が確認できる契約書等の写しをそれぞれ添付すること。

※延べ面積及び病床数が判別できる図面等を添付すること。

※上記2点の提出が難しい場合は、「契約実績に係る証明書（様式4号）」を添付すること。

※「協力事務所名」欄について

①協力事務所から主任技術者として指名できるのは、【構造】又は【設備】の担当者のみとする。

②協力事務所がない場合は、「該当なし」と記入のこと。

(様式第4号)

契約実績に係る証明書

(発注者)

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

下記一覧のとおり契約実績があったことを証明します。

契約件名	
病床数（履行当時）	床
契約金額（税込）	
契約年月日	
履行期間	
配置技術者区分 （チェックを付けること）	<input type="checkbox"/> 主任技術者 <input type="checkbox"/> 管理技術者
配置技術者氏名	

大阪府立母子保健総合医療センター手術棟増築工事基本計画・基本設計その他業務委託に係る参加資格確認申請のため、大阪府立母子保健総合医療センターに提出する必要がありますので、上記のとおり契約実績を証明願います。

平成 年 月 日

(受注者)

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印