# （様式4-1）

**統括責任者の経歴等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　氏名 | | | ②　生年月日  　　　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| ③　所属・役職　　○○○○部　○○　　　　採用年月日　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| ④　保有資格等  当該資格を保有していることを証明する書類（資格者証の写し等）を添付すること。  　・医業経営コンサルタント　　　　　　　　　　　　　　　(取得年月日：　　年　　月　　日) | | | | | |
| ⑤　平成25年2月7日以降に履行した同種業務の実績 | | | | | |
| 実績１ | | | | | |
| 業務名 | 発注者 | 病床数  （一般病床） | | 病院の機能 | 履行期間 |
| ○○○○○○  新病院開院支援業務 | ○○市 | 床  (　　　　)床 | | □ 三次救急病院（救命救急ｾﾝﾀｰ）  □ 地域がん診療連携拠点病院  □ 都道府県がん診療連携拠点病院 | H00.00.00  ～  H00.00.00 |
| 従事した業務内容（当てはまる業務にチェックをすること） | | | | |
| □1. 統括責任者　　　　　　□2. 医療機器等整備計画策定支援  □3. 物流搬送計画策定支援　□4. 情報システム検討支援  　□5. 運営計画策定支援　　　□6. 業務委託計画策定支援  　□7. 移転計画策定支援　　　□8. その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 実績２ | | | | | |
| 業務名 | 発注者 | 病床数  （一般病床） | | 病院の機能 | 履行期間 |
| ○○○○○○  新病院開院支援業務 |  | 床  (　　　　)床 | | □ 三次救急病院（救命救急ｾﾝﾀｰ）  □ 地域がん診療連携拠点病院  □ 都道府県がん診療連携拠点病院 | H00.00.00  ～  H00.00.00 |
| 従事した業務内容（当てはまる業務にチェックをすること） | | | | |
| □1. 統括責任者　　　　　　□2. 医療機器等整備計画策定支援  □3. 物流搬送計画策定支援　□4. 情報システム検討支援  　□5. 運営計画策定支援　　　□6. 業務委託計画策定支援  　□7. 移転計画策定支援　　　□8. その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |

* 記入欄が不足する場合は、本様式を参考に別葉で作成し提出すること。
* 実施要領に記載の必要添付書類をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付すること。
* 参加資格を満たしていることを証明するために3件以上の実績を提出した場合であっても、実績2件までしか評価の対象としない。

# （様式4-2）

**主任担当者の経歴等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　氏名 | | | ②　生年月日  　　　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| ③　所属・役職　　○○○○部　○○　　　　採用年月日　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| ④　保有資格等  業務に関係する資格を保有している場合はそれを証明する書類（資格者証の写し等）を添付すること。  　・医業経営コンサルタント　　　　　　　　　　　　　　　(取得年月日：　　年　　月　　日) | | | | | |
| ⑤　担当予定の業務（複数業務の主任担当者を兼務する場合は、兼務予定の業務すべてにチェックすること）  □1. 医療機器等整備計画策定支援　□2. 物流搬送計画策定支援　　□3. 情報システム検討支援  　□4. 運営計画策定支援　　　　　　□5. 業務委託計画策定支援　　□6. 移転計画策定支援  　□7. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ⑥　平成25年2月7日以降に履行した同種業務の実績 | | | | | |
| 実績１ | | | | | |
| 業務名 | 発注者 | 病床数  （一般病床） | | 病院の機能 | 履行期間 |
| ○○○○○○  新病院開院支援業務 | ○○市 | 床  (　　　　)床 | | □ 三次救急病院（救命救急ｾﾝﾀｰ）  □ 地域がん診療連携拠点病院  □ 都道府県がん診療連携拠点病院 | H00.00.00  ～  H00.00.00 |
| 従事した業務内容（当てはまる業務にチェックをすること） | | | | |
| □1. 統括責任者　　　　　　□2. 医療機器等整備計画策定支援  □3. 物流搬送計画策定支援　□4. 情報システム検討支援  　□5. 運営計画策定支援　　　□6. 業務委託計画策定支援  　□7. 移転計画策定支援　　　□8. その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 実績２ | | | | | |
| 業務名 | 発注者 | 病床数  （一般病床） | | 病院の機能 | 履行期間 |
| ○○○○○○  新病院開院支援業務 |  | 床  (　　　　)床 | | □ 三次救急病院（救命救急ｾﾝﾀｰ）  □ 地域がん診療連携拠点病院  □ 都道府県がん診療連携拠点病院 | H00.00.00  ～  H00.00.00 |
| 従事した業務内容（当てはまる業務にチェックをすること） | | | | |
| □1. 統括責任者　　　　　　□2. 医療機器等整備計画策定支援  □3. 物流搬送計画策定支援　□4. 情報システム検討支援  　□5. 運営計画策定支援　　　□6. 業務委託計画策定支援  　□7. 移転計画策定支援　　　□8. その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |

* 記入欄が不足する場合は、本様式を参考に別葉で作成し提出すること。
* 実施要領に記載の必要添付書類をA4縦サイズに合わせて、本様式の後に添付すること。
* 参加資格を満たしていることを証明するために3件以上の実績を提出した場合であっても、実績2件までしか評価の対象としない。