

信濃町長

(提出者) 所在地
社名等
代表者

印

配置担当者調書

業務を遂行するにあたって担当者を含めた配置者全員の概要を記載すること

担当	氏名	生年月日
総括責任者		
設計担当者		
主任担当者		

※欄が不足する場合は任意様式に追加して記載してください。

※統括責任者及び設計担当者は、その資格が分かる写しを添付すること。

信濃町長

(提出者) 所在地

社名等

代表者

印

配置担当者調書 (概要)

1. 総括責任者

(ふりがな) 氏 名							
生 年 月 日	年 月 日 (歳)						
実務経験年数	年 (別の会社での実績がある場合はその年数を含む)						
保 有 資 格 ※保有する資格を 証する写しを添付 すること。	医業経営コンサルタント			登 録 番 号 : 取得年月日 : 年 月 日			
平成25年度～30 年度の手持ち業 務状況 ※役割・立場に関わ らず、関与した業務 の全てを記載する こと。	年度	業務名	役割 立場	病院名	病床数	公民 判定	条件 判定
						公・民	①・②
						公・民	①・②
						公・民	①・②
						公・民	①・②

※欄が不足する場合は任意様式に追加して記載してください。

※信越病院 再整備基本計画策定支援業務・設計事務所選定支援業務委託に関する公募型
プロポーザルの実施要領第4の(6)の条件に基づく公立病院等の実績について記載する
こと。また、同一条件で民間病院の実績についても記載すること。

信濃町長

(提出者) 所在地

社名等

代表者

印

配置担当者調書 (概要)

2. 主任担当者等 (担当者が複数名になる場合はそれぞれ必要人数分記載してください)

(ふりがな) 氏 名							
生 年 月 日	年 月 日 (歳)						
実務経験年数	年 (別の会社での実績がある場合はその年数を含む)						
保 有 資 格 ※保有する資格を 証する写しを添付 すること。			登 録 番 号 : 取得年月日 : 年 月 日				
平成25年度～30 年度の手持ち業 務状況 ※役割・立場に関わ らず、関与した業務 の全てを記載する こと。	年度	業務名	役割 立場	病院名	病床数	公民 判定	条件 判定
						公・民	①・②
						公・民	①・②
						公・民	①・②
						公・民	①・②

※欄が不足する場合は任意様式に追加して記載してください。

※信越病院 再整備基本計画策定支援業務・設計事務所選定支援業務委託に関する公募型プロポーザルの実施要領第4の(6)の条件に基づく公立病院等の実績について記載すること。また、同一条件で民間病院の実績についても記載すること。

信濃町長

(提出者) 所在地
社名等
代表者

印

配置担当者調書 (概要)

3. 設計担当者

(ふりがな) 氏 名							
生 年 月 日	年 月 日 (歳)						
実務経験年数	年 (別の会社での実績がある場合はその年数を含む)						
保 有 資 格 ※保有する資格を 証する写しを添付 すること。	一級建築士			登 録 番 号 : 取得年月日 : 年 月 日			
平成25年度～30 年度の手持ち業 務状況 ※役割・立場に関わ らず、関与した業務 の全てを記載する こと。	年度	業務名	役割 立場	病院名	病床数	公民 判定	条件 判定
						公・民	①・②
						公・民	①・②
						公・民	①・②
						公・民	①・②

※欄が不足する場合は任意様式に追加して記載してください。

※信越病院 再整備基本計画策定支援業務・設計事務所選定支援業務委託に関する公募型
プロポーザルの実施要領第4の(6)の条件に基づく公立病院等の実績について記載する
こと。また、同一条件で民間病院の実績についても記載すること。