様式１号

参加表明書

　秋田県社会福祉事業団が実施する（仮称）身体障害者更生訓練センター基本・実施設計等業務委託に係る募集要項等の内容を十分に理解した上で、設計者選定への参加を希望します。

平成　　年　　月　　日

　秋田県社会福祉事業団理事長　殿

住　　　　所

商号又は名称　　○○○○一級建築士事務所

　　　　　　　 代表者名　　氏　　名　　実印

担当部署

　　　　　氏　　名

　　　　　電　　話

　　　　　ＦＡＸ

　　　　　Ｅ－mail

※　資格要件の確認のため、□にチェックをしてください。

□　参加者は、秋田県平成２７・２８年度建設コンサルタント業務等入札参加資格者名簿（建築関係建設コンサルタント業務）に記載されている所在地が秋田管内の単独の事業者である。

□　参加者は、秋田県及び秋田市において指名停止期間中でないものである。

□　参加者は、破産法に基づく破産手続き開始の申し立てがなされている者、会社更生法に基づく更生手続き開始の申し立てがなされている者又は民事再生法に基づく再生手続き開始の申し立てをした者でない。

□ 参加者は、法人税、事業税、消費税及び地方税を滞納していない者である。

□ 参加者は、警察当局から、暴力団員が実質的に経営を支配する建設業者又はこれに準ずる者として発注工事等から排除要請があり、当該状態が継続している者でない。

様式２号

会社概要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名（フリガナ） |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数（内一級建築士数） |  |
| 業務内容 |  |
| 事業資格、登録、免許 |  |
| その他特記事項 |  |

（1）過去３カ年の決算書類を添付してください。

（2）一級建築士事務所登録の写しを添付してください。

（3）一級建築士当該者の保有資格証の写し及び雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写しを添付

してください。

様式３号

|  |
| --- |
| 管理技術者及び主任技術者の業務実績調書 |
| 氏名年齢 | 保有資格 | 業務実績 | 現に従事している設計監理業務 |
| 施設名称 | 構造・規模 | 業務完了年月 | 立場 | 業務名及び業務完了年月 |
| 管理技術者 |  |  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
| 建築（総合）主任技術者 |  |  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
| 建築（構造）主任技術者 |  |  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
| 電気設備主任技術者 |  |  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
| 機械設備主任技術者 |  |  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
|  | ㎡ |  |  |  |
| （1）保有資格欄は、資格名称及び登録番号を記載してください。（2）平成18年4月以降に履行した基本設計・実施設計業務実績のうち以下の条件に合致する4件まで記載してください。① 介護保険施設、短期入所施設及び特定施設② 障害児施設及び障害者施設※上記施設はいずれも延べ床面積が1,000㎡以上を対象とします。（3）立場とは、その業務における役割分担をいい、管理技術者、○○担当主任技術者の別を記入。（4）主任技術者が協力事務所に所属する場合は、氏名欄に所属事務所を併記してください。 |

様式４号

|  |
| --- |
| 業務実績調書 |
| 施設名称 | 施設種別 | 定員 | 延べ床面積 | 構造・規模 | 設計業務完了年月 |
| 例　○○園（秋田市） | 特別養護老人ホーム | 50人 | 3,000㎡ | 鉄筋コンクリート造平屋建 | 平成28年10月 |
| 例　○○荘（横手市） | 特定施設入居者生活介護事業所 | 50人 | 2,500㎡ | 鉄筋コンクリート造平屋建 | 平成27年6月 |
| 例　○○○（由利本荘市） | 障害福祉サービス事業所 | 20人 | 1,000㎡ | 木造平屋建 | 平成26年4月 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| （1）平成18年4月以降に履行した基本設計・実施設計業務実績のうち以下の条件に合致する10件まで記載してください。① 介護保険施設、短期入所施設及び特定施設② 障害児施設及び障害者施設※上記施設はいずれも延べ床面積が1,000㎡以上を対象とします。 |

様式５号

業務委託見積書

平成　　年　　月　　日

　秋田県社会福祉事業団理事長　殿

住　　　　所

商号又は名称　　○○○○一級建築士事務所

　　　　　　　 代表者名　　氏　　名　　実印

見積金額　　　　　　　　　　　　　円

見積金額には消費税及び地方消費税を含みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 単位 | 金額 | 備考 |
| 1 | 基本設計 | 1 | 式 |  |  |
| 2 | 実施設計 | 1 | 式 |  |  |
| 3 | 工事監理 | 1 | 式 |  |  |
| 4 | その他業務（測量、地質調査等） | 1 | 式 |  |  |
| 5 | 消費税及び地方消費税 |  |  |  |  |
|  | 合計 |  |  |  |  |

様式６号

（仮称）身体障害者更生訓練センター基本・実施設計等業務に係る質問書

平成　　年　　月　　日

　秋田県社会福祉事業団理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　商号叉は名称　○○○一級建築士事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　氏　　名

 担当部署

　　　　　氏　　名

　　　　　電　　話

　　　　　ＦＡＸ

　　　　　Ｅ－mail

|  |
| --- |
| 質　　問　　欄 |
|  |

　　次のとおり、（仮称）身体障害者更生訓練センター基本・実施設計等業務委託について質問します。

（注）　質問がある場合は質問欄に記載してメール送信してください。

送信後必ず秋田県社会福祉事業団事務局へ送信確認の電話をしてください。

　　　　質問の受付け　平成２９年４月１３日（木）午後５時まで