**会社の概要及び業務実績等**

**１．会社の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 本社所在地 |  |
| 電話・ＦＡＸ番号 | （電　話）　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ） |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千円 |
| 従業員数 | 人（　　　　年　　　　月　　　　日現在） |
| 有資格者 | 一級建築士　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　認定コンストラクション・マネジャー　　　　名医業経営コンサルタント　　　　　　　　　　名その他（主たるものと人数を記載すること。重複を可とする） |
| 支店・営業所等の概要(担当者の所属) | 支店等の名称所在地電話・ＦＡＸ番号 | （電　話）　　　　　　　（ＦＡＸ） |

※医業経営コンサルタントの資格証を最低３名分添付すること

※会社の概要パンフレット等を添付すること

|  |
| --- |
| **２．業績実績** |
| 平成20年4月1日～平成30年3月31日までに契約履行が完了した同種又は類似業務の実績数※最大５件まで評価する。※№１は様式1-2に記載した業務実績を再掲すること。 |
| № | 業務名 | 発注者(事業主) | 病床数 | 業務概要(用途、構造、延床面積床、段階) | 履行期間 |
| １ | ○○○○○○業務 | (　 　 ) |  | 病院、RC-8、00,000㎡、000床(基本設計段階、〇〇段階) | H00.00.00～H00.00.00 |
| № | 業務名 | 発注者(事業主) | 病床数 | 業務概要(用途、構造、延床面積床、段階) | 履行期間 |
| ２ | ○○○○○○業務 | (　　 　 ) |  | 病院、RC-8、00,000㎡、000床(基本設計段階、〇〇段階) | H00.00.00～H00.00.00 |
| № | 業務名 | 発注者(事業主) | 病床数 | 業務概要(用途、構造、延床面積床、段階) | 履行期間 |
| ３ | ○○○○○○業務 | (　　 　 ) |  | 病院、RC-8、00,000㎡、000床(基本設計段階、〇〇段階) | H00.00.00～H00.00.00 |
| № | 業務名 | 発注者(事業主) | 病床数 | 業務概要(用途、構造、延床面積床、段階) | 履行期間 |
| ４ | ○○○○○○業務 | (　　 　 ) |  | 病院、RC-8、00,000㎡、000床(基本設計段階、〇〇段階) | H00.00.00～H00.00.00 |
| № | 業務名 | 発注者(事業主) | 病床数 | 業務概要(用途、構造、延床面積床、段階) | 履行期間 |
| ５ | ○○○○○○業務 | (　　 　 ) |  | 病院、RC-8、00,000㎡、000床(基本設計段階、〇〇段階) | H00.00.00～H00.00.00 |

※記載した業務については、契約書の写しその他業務の内容が確認できる書類及び業務を履行したことが確認できる書類等を添付すること