

(様式 5)

2022 年 月 日

施設現況確認申請書

会社名：

下記により、施設の現況確認をさせていただくことを希望いたします。なお、実施にあたっては、運用中の病院であり患者および職員の活動への配慮が必要なことを十分に理解し、現地での発注者の指示に従うことを誓約いたします。

1. 参加者

参加代表者	企業名：
	電話番号： E-mail：
	氏名：
その他の参加者	企業名： 氏名：
	企業名： 氏名：
	企業名： 氏名：
	企業名： 氏名：

※1 参加者は、応募者を構成する法人または協力企業に属する者に限る。

※2 参加人数は1グループあたり、5名以内とすること。

※3 当日、やむを得ず上記の参加者以外の者が代わりに参加する場合には、事前に入札実施要項書「10-1.発注者連絡先」に掲げる連絡先へその旨を連絡すること。

2. 希望日程

下記候補日程にて、約2時間で確認を行うものとする。希望日程が複数の入札参加者で重なる場合は発注者にて決定するため、必ず第3希望まで記入すること。

第1希望			
2022年 11月10日(木)	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)	<input type="checkbox"/> 午後(13:00-17:00)	
2022年 11月11日(金)	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)	<input type="checkbox"/> 午後(13:00-17:00)	
第2希望			
2022年 11月10日(木)	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)	<input type="checkbox"/> 午後(13:00-17:00)	
2022年 11月11日(金)	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)	<input type="checkbox"/> 午後(13:00-17:00)	
第3希望			
2022年 11月10日(木)	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)	<input type="checkbox"/> 午後(13:00-17:00)	
2022年 11月11日(金)	<input type="checkbox"/> 午前(9:00-12:00)	<input type="checkbox"/> 午後(13:00-17:00)	

※1 午前と午後のうち希望する方の口を■とすること。

※2 新型コロナウイルス感染症の感染状況等により、実施を中止するまたは確認箇所を制限することがある。

3. 確認希望場所

現況確認を希望する場所について記入すること。なお、特に時間をかけて確認したい場所があらかじめ特定される場合や、発注者にて事前に準備調整等が必要と思われる場合は、備考欄に補足を記載すること。

B棟5階厨房は供給が可能な配食数を考慮し、拡張工事を検討中である。変更後の設計内容が方針決定次第、参加者へ情報開示を行うが、必要に応じて現況確認を希望すること。

A棟敷地

旧5病棟	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 4階 <input type="checkbox"/> 屋上 <input type="checkbox"/> その他()	
	備考	
管理棟	<input type="checkbox"/> B1階 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 屋上 <input type="checkbox"/> その他()	
	備考	
慢性期病棟	<input type="checkbox"/> B1階 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 屋上 <input type="checkbox"/> その他()	
	備考	
リハビリテーション棟	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 屋上	
	備考	
院内託児所	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階	
	備考	

B棟敷地

新館(B棟)	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 4階 <input type="checkbox"/> 5階 <input type="checkbox"/> 屋上 <input type="checkbox"/> その他()	
	備考	
看護学校・ グループホーム棟	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 4階 <input type="checkbox"/> 5階 <input type="checkbox"/> 屋上 <input type="checkbox"/> その他()	
	備考	

その他

上記以外で確認を希望する施設・設備等がある場合は記入すること。必要に応じて番号を追加すること。

①
②
③

※1 施設の運用状況等により、すべての希望場所へ立入りができない場合がある。

※2 発注者の指示に従い確認を実施すること。