様式第１号

平成　　年　　月　　日

いの町長　　様

法人名・商号・名称等　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者 職名 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地（住所）

電話番号

参　　加　　表　　明　　書

平成３０年度いの町国民健康保険保健指導事業電話受診勧奨委託業務のプロポーザルに関係書類を添えて参加を希望します。

なお、地方自治法施行令（昭和22 年政令第16 号）第167 条の4 の規定に該当しない者であることを誓約します。

担当者連絡先

所属：

役職：

氏名：

電話番号：

電子メール：

様式第２号

平成　　年　　月　　日

いの町長　　様

法人名・商号・名称等　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者 職名 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地（住所）

電話番号

　いの町情報公開条例に基づく開示請求があった場合に、提出書類を開示することにより、今後弊社が事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害する部分及びその具体的な理由は次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 開示すると支障が生じる書類  （書類の頁・箇所等） | 支障が生じる理由・生じる支障の内容  （できるだけ具体的に記入して下さい。） |
|  |  |

様式第３号

プロポーザル募集に関する質問書

平成　　年　　月　　日

いの町長　様

「平成３０年度いの町国民健康保険保健指導事業電話受診勧奨委託業務プロポーザル実施要領」に対し質問がありますので提出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 名称・社名 |  |
| 役職名・代表者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |

※用紙が不足する場合は別紙を添付しても可。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者連絡先 | 所属・役職 |  |  | ※この欄は記載しないこと |
| 氏名 |  | 受付年月日　　年　　月　　日 |
| 電話 |  | 受付者印 |
| ＦＡＸ |  |

様式第４号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 平成３０年度いの町国民健康保険保健指導事業電話受診勧奨委託業務  プロポーザル方式評価項目及び評価基準 | | | |
| 評価項目 | 評価の着眼点 | 判断基準 | 配点 |
| 業務実績 | 国保保健指導事業の業務実績 | 近隣市町村での事業実績が十分あるか | 15点 |
| 企画提案書 | 実施体制 | 業務に携わるスタッフのなかに医師資格・保健師資格・管理栄養士資格を有する者がいるか | 10点 |
| 提案の独創性 | 知見等に基づく独創的な提案があるか | 20点 |
| 的確性 | 提案された内容で課題の解決が見込めるか | 10点 |
| 実現性 | 提案内容が実現可能なものになっているか | 10点 |
| 期待できる事業（受診率向上）効果 | 受診率向上が見込まれる内容となっているか | 20点 |
| 個人情報保護 | 第三者における認定・認証の有無 | 第三者における認定・認証を有しているか | 15点 |