様式第１号

平成　　年　　月　　日

いの町長　　様

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

電話番号

参　　加　　表　　明　　書

いの町国民健康保険特定保健指導業務委託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

年　　月　　日

　（ あて先 ）

　い　の　町　長

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　代表者

プロポーザルに関する質問書

　　いの町国民健康保険特定保健指導業務委託プロポーザルについて、次の項目について質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |
|  |
|  |
|  |

注意事項

１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

２　項目番号は付けないものとする。

３　質問がない場合は、質問書を提出する必要はない。

様式第３号

いの町国民健康保険特定保健指導業務委託プロポーザル評価項目及び配点表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 評価項目 | 評価事項 | 評価の視点 | 配点 |
| 1 | 事業所概要 | ○業務に取り組む組織、人数  ○従事する指導員数 | ○業務遂行上の信頼性  ○指導者の職種、人数は十分か | 10 |
| 2 | 業務実績 | 自治体を含めた類似業務実績 | 実績が十分あるか | 10 |
| 3 | 実施体制 | 町との連携 | 中間評価時または、必要時に担当者と町で協議ができるか | 5 |
| 4 | 事故対応 | 対応方法や報告体制が整っているか | 5 |
| 5 | 面接 | １回あたり参加者数の多少にかかわらず実施可能か | 10 |
| 6 | 夜間休日対応 | 夜間・休日の事業実施が可能か | 10 |
| 7 | 保健指導内容 | 保健指導教材 | 利用者の意識、知識を高めるものとして最適か | 5 |
| 8 | 保健指導の効果 | 効果が確認できる具体的な評価方法をもっているか | 5 |
| 9 | 面接内容 | 本人の意欲をいかに継続させるかの工夫があるか | 10 |
| 10 | 利用者対応 | 担当者窓口の設置 | 利用者からの、相談・クレーム対応体制が整っているか | 5 |
| 11 | 費用 | 見積もり単価 | 予算に対して、適切な価格設定か | 5 |
| 配点合計　80点 | | | | |