様式1

令和 年 月 日

（あて先）いの町ほけん福祉課 御中

ＦＡＸ　０８８－８９３－１１０１

令和６年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診受診勧奨委託業務に係る

公募型プロポーザル質問票

下記のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 項 目（書類名称・ページ・項目など） | 内 容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail

様式２

令和 年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

令和６年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診受診勧奨委託業務プロポーザル参加申込書

令和６年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診受診勧奨委託業務プロポーザルについて、下記のとおり参加を申し込みます。なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１ 業務名 令和６年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診受診勧奨委託業務

２ 入札参加資格 いの町における競争入札参加資格 （ 有 ・ 無 ）

３ 添付資料

【連絡先】

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX 番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式３

業務受託実績書

令和３年度以降の同種・類似した業務実績を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 件 名 |  |
| 委 託 者  履 行 期 間 |  |
| 業 務 概 要 |  |
| 特筆すべき成果 |  |
| 件 名 |  |
| 委 託 者  履 行 期 間 |  |
| 業 務 概 要 |  |
| 特筆すべき成果 |  |
| 件 名 |  |
| 委 託 者  履 行 期 間 |  |
| 業 務 概 要 |  |
| 特筆すべき成果 |  |

注１：記載する業務実績は最大９件までとします。

注２：上記に記載した内容が確認できる書類（契約書の写し等）を添付してください。

様式４

令和 年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

企　画　提　案　書

令和６年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診受診勧奨委託業務プロポーザルについて、公告及び実施要領等の内容を承諾した上で、参加を表明するとともに、関係書類を提出します。

なお、参加資格の要件を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

【連絡先】

所属

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話番号

FAX 番号

E-mail

様式５

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理責任者（技術責任者）調書 | | | | | | | |
| ① 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | ② 生年月日  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| ③ 所属・役職 | | | | | | | |
| ④ 保有資格（種類・登録番号・取得年月日等を記載） | | | | | | | |
| ⑤ 同種又は類似業務経歴（過去３年以内、直近の順に記入） | | | | | | | |
| 業務名 | | 業務概要 | | | 発注機関 | | 履行期間 |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| ⑥ 手持ち業務の状況（　　年　　月　　日現在、契約金額１００万円以上） | | | | | | | |
| 業務名 | 発注機関 | | | 履行期間 | | 契約金額 | |
|  |  | | |  | |  | |
| ⑦ その他の経歴（業務表彰、その他） | | | | | | | |

注１：保有資格にあっては、資格を証明するものの写しを添付すること。

注２：⑤、⑥にあっては、TECRIS 登録業務については業務カルテの写し、その他の業務については契約書の写し及び業務内容を確認できる仕様書等の写しを添付すること。

様式６

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務実施体制図 | | | |
| 体系図（参考例） | | | |
| いの町長 | | | |
|  | 管理技術者  （氏名）  〔　　　　〕 | 主任技術者  （氏名）  〔　　　　　〕 | 担当技術者（氏名）  　　　〔　　　　　　　　　〕 |
|  | 担当技術者（氏名）  　　　〔　 　　　　　　〕 |
|  |  |  | 担当技術者（氏名）  　　　〔　　　　　　　　　〕 |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  予定技術者名 | 所属・役職名  （経験年数） | 担当する分担業務の内容  （資格・免許等についても記載） |
| 管理技術者 |  |  |  |
| 主任技術者 |  |  |  |
| 担当技術者 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：企画提案書の提出者以外の企業等に所属する場合には、所属・役職名欄に企業名等を記載すること。

様式７

令和 年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

辞　退　届

令和６年度いの町国民健康保険保健指導事業特定健診受診勧奨委託業務プロポーザル実施要領に基づき参加申込書（又は企画提案書）を提出しましたが、下記の理由により参加を辞退します。

理　由

【連絡先】

所属

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話番号

FAX 番号

E-mail