後期高齢者健診受診率向上対策事業業務委託公募型プロポーザル　様式集

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様式名称 |
| 様式第１号 | 参加申込書 |
| 様式第２号 | 質問書 |
| 様式第３号 | 業務の実施体制 |
| 様式第４号 | スタッフ経歴・実務経験等調書 |
| 様式第５号 | 業務実績調書 |
| 様式第６号 | 参加辞退届 |

（様式第１号）

参 加 申 込 書

令和７年　月　　日付けで公募のありました、後期高齢者健診受診率向上対策事業業務委託に係るプロポーザルに参加したいので、本紙のとおり申込みます。

なお、実施要領３の参加資格要件をすべて満たしていることを誓約します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　（提出者）住所

　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　代表者氏名　　　 　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　Ｅ－Ｍａｉｌ

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

質 問 書

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

　後期高齢者健診受診率向上対策事業業務委託に係る公募型プロポーザルの下記事項について質問します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当資料名 | 項 | 質問事項 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

（様式第３号）

業務の実施体制

１　業務に従事するスタッフ（スタッフは予定でも可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職名 | 担当業務の内容 |
| 管理責任者 |  |  |  |
| スタッフ | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |

※管理責任者を１名、スタッフを１名以上配置し、スタッフは全員分を記入（行が足りない場合は適宜追加）

※管理責任者とスタッフを兼ねることはできないので注意すること。

２　業務の実施体制

|  |
| --- |
|  |

※協力事業所等を含む実施体制を図示すること。

※紙面が足りない場合は、別紙でも可。

（様式第４号）

スタッフ経歴・実務経験等調書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役割　 | 職名 | 氏名 |
| 担当業務の内容 |
|  |
| 業務経歴等 |
|  |
| 従事業務の状況（令和　　年　月　日現在） |
| 業務名称 | 発注機関名称 | 履行期限 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※役割欄は、管理責任者・スタッフの別を記入すること。

※業務経歴等は、令和元年度以降の官公庁からの受注実績のうち、本業務と類似する業務を記入すること。

※従事業務の状況は、本様式の提出時に受託している業務のうち、主な業務について記入すること。

（様式第５号）

業務実績調書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名称 | 発注機関名称 | 契約金額 | 履行期間 | 業務概要 |
|  |  | 円 | 　年　月　日　　　　～　年　月　日 |  |
|  |  | 円 | 　年　月　日　　　　～　年　月　日 |  |
|  |  | 円 | 　年　月　日　　　　～　年　月　日 |  |
|  |  | 円 | 　年　月　日　　　　～　年　月　日 |  |
|  |  | 円 | 　年　月　日　　　　～　年　月　日 |  |

※令和元年度以降の官公庁からの受注実績のうち、本業務と類似する業務を記入すること。

（様式第６号）

参 加 辞 退 届

令和７年　月　日付けで参加申込書を提出した、後期高齢者健診受診率向上対策事業業務委託に係るプロポーザルへの参加を辞退します。

なお、既に提出した書類等については一切返却を求めません。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　（提出者）住　　所

　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　Ｔ　Ｅ　Ｌ

　　　　　　　　　Ｆ　Ａ　Ｘ

　　　　　　　　　Ｅ－Ｍａｉｌ