様式第１号

令和　　年　　月　　日

質　問　書

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託プロポーザル企画提案に関して質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項 |  |

様式第２号

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表職者氏名　　　　　　　　　　　　様

串間市長

質問回答書

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託プロポーザルに関する質問について、次のとおり回答します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 質問事項 | 回答 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

様式第３号

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託プロポーザル参加申込書

　被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託に係るプロポーザル募集に参加申込書を提出します。

　なお、実施要領に規定する参加資格要件を全て満たしており、実施要領の内容を承諾したうえで参加することを誓います。

令和　　年　　月　　日

串間市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

様式第４号

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　様

串間市長

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託プロポーザル参加資格結果通知書

　令和　　年　　月　　日付で申請のあった被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託プロポーザル参加申込書について審査した結果、下記のとおり通知いたします。

記

１　業務名　被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託

２　結　果　①審査の結果、参加資格を有すると認められました。

　　　　　　②審査の結果、次の理由により参加資格を有しないと認められました。

　　　　　　　理由：

【問合せ先】

串間市福祉事務所　自立支援係

TEL　0987-72-1123（内線504）

FAX　0987-72-0310

様式第５号

令和　　年　　月　　日

串間市長　　　　　　　様

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託プロポーザル提案書

下記の内容を提案します。なお、提出書類の記載事項はすべて事実に相違ないことを誓約します。

記

１　業務名称

　　被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託

２　添付書類

　（１）企画書（様式第６号）

　　　　・別紙「被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託仕様書」に基づく企画内容の提案

　（２）会社概要（任意様式）

　　　　・会社パンフレットでも可

　（３）業務実施体制（任意様式）

　（４）見積書（任意様式）

様式第６号

令和　　年　　月　　日

串間市長　　　　　　　様

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

企　画　書

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託仕様書に記載された業務を実施することを基本として、以下の項目の内容を含めた内容で作成すること。

１　事業実績

|  |
| --- |
|  |

２　事業執行体制

|  |
| --- |
|  |

３　スケジュール

４　安全管理体制

５　企画・内容

６　分析の汎用性

７　被保護者へのＰＲツール

８　独自提案

|  |
| --- |
|  |

様式第７号

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　様

串間市長

審査結果通知書

　被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託に係る公募型プロポーザルを実施し、被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託選定審査委員会において厳正に審査した結果を下記のとおり通知します。

１　業務名　被保護者健康管理支援事業の実施に向けた調査・分析業務委託

２　優先交渉権者

３　次点交渉権者

【問合せ先】

串間市福祉事務所　自立支援係

TEL　0987-72-1123（内線504）

FAX　0987-72-0310