**参加申込書兼誓約書**

様式１

令和2年　　月　　日

串間市長　　島田　俊光　様

　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　 地

　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　「令和2年度串間市特定健康診査受診勧奨業務」に係る公募型プロポーザル手続きに参加したいので、関係書類を添えて申請するとともに、本プロポーザル参加に際して、次の事項を誓約します。

１　令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託プロポーザル実施要領に掲げる参加資格要件を満たしています。

２　令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託プロポーザル実施要領の内容を承諾の上で参加します。

３　この申請書及び添付書類の内容について、事実と相違ありません。

【担当者連絡先】

住所又は所在地：

担当部署：

役 職 名：

氏　　名：

電話番号：

Fax番号：

E - mail：

令和　　年　　月　　日

様式２

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　様

串間市長　島田　俊光

令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨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令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託プロポーザル参加申込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　　令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託

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】

串間市医療介護課　医療保険係

TEL　0987-72-0333（内線513）

FAX　0987-72-0310

様式３

**会　　社　　概　　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 設立年月 |  |
| 本店所在地 |  |
| 資本金 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 事業概要 |  |
| 職員数 |  |
| 国内営業拠点数 |  |
| 本業務の担当部署 | 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話・ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |
| 備考等 |  |

※本様式については、適宜項目を追加して差し支えない。

様式４

**業務実績調書**

記入例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務内容（業務名称、業務概要、実績等） | 発注者名 | 事業費（契約額） | 契約年月日 |
| 必要記入事項名称：H30年度○○市特定健診受診勧奨業務委託概要：健診データを分析した上での受診勧奨通知発送業務勧奨通知文書発送　第1回12,000件　第2回4,500件実績：H30年度受診率が前年度比3.8%向上（H29：35.6% → H30：39.4%） | ○○県○○市 | ○○○円 | H30.5.10 |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |

過去５年間（平成27年度以降）の市町村国保特定健診受診勧奨業務の主な受託実績について記載する。

※　行数が不足する場合等は適宜、調整して差し支えない。

様式４

**業務実績調書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務内容（業務名称、業務概要、実績等） | 発注者名 | 事業費（契約額） | 契約年月日 |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |
| 名称：概要：実績：（受診率向上値） |  |  |  |

過去５年間（平成27年度以降）の市町村国保特定健診受診勧奨業務の主な受託実績について記載する。

※　行数が不足する場合等は適宜、調整して差し支えない。

様式５

**質　　問　　書**

令和2年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 質問項目 | 具体的な内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

【送付先】串間市医療介護課医療保険係

　担当：矢野　宛

電子メールアドレス　kokuho@city.kushima.lg.jp

様式６

**企　画　提　案　書**

令和2年　　月　　日

串間市長　　島田　俊光　様

所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

「令和2年度　串間市特定健康診査受診勧奨業務」について、企画提案書を提出します。

記

■　添付書類

1．企画書（様式6-1）

2．業務工程表

3．会社概要（様式3）

4．業務実施体制（様式7）

5．業務実績調書（様式4）

6．見積書（様式8）

7．見積内訳書

【担当者連絡先】

住所又は所在地：

担当部署：

役 職 名：

氏　　名：

電話番号：

Fax番号：

E - mail：

企　画　書

様式６－１

串間市特定健康診査受診勧奨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形で作成すること。

１　業務の目的等

（１）業務の目的等（業務目的を達成するためのコンセプトや独自性を活かした具体的な内容を記入してください。）

（例）別紙のとおり　←　※別紙にて提案するときは、このように記入してください。

２　業務の実施体制

（２－１）情報管理（セキュリティ対策）

（２－２）業務運用計画（業務工程表の具体的な説明を記入してください。）

３　業務の実施内容

（３－１）データ分析、勧奨方法、結果分析、報告（健診データ等を活用した対象者分類の考え方や、対象者の傾向に応じた勧奨方法等を具体的に記入してください。）

（３－２）長期未受診者対策（長期未受診者への対策や、対象者の傾向に応じた勧奨方法など、具体的に記入してください。）

（３－３）具体的な勧奨通知デザイン例（サンプル等を添付。過去に作成したものの場合はなるべく最近のものを添付してください。また、そのデザインに関するアピールポイントや、詳細な説明を記入してください）

※サンプルは別添のとおり。

４　独自提案（アピールポイントや、他社にはない独自の提案等を提示してください。）

**委 託 業 務 の 実 施 体 制**

様式７

（１）　体制図（例）

（２）　担当予定者

（業務管理者）

企業名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 部署名（役職） | 氏名（年齢） | 担当業務内容（経験年数も記入） |
| 業務管理者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |

(３)　その他（業務を円滑に実施するためのバックアップ体制について記入してくださ

い。）

※本様式については、適宜項目を追加して差し支えない。

様式８

**見　　積　　書**

令和2年　　月　　日

串間市長　　島田　俊光　様

　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　 地

　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　「令和2年度 串間市特定健康診査受診勧奨業務」について、以下のとおり見積りします。

|  |  |
| --- | --- |
| 委託料見積金額（消費税別） | 円 |
| 委託料見積金額（消費税込） | 　円 |

※　注意事項

・　消費税込の見積金額は、消費税及び地方消費税の額（10％）を含めた金額としてください。なお、委託料に係る消費税及び地方消費税の額については、契約期間中に税率変更があったときは変更後の額を支払うものとします。

・　見積金額の積算内訳を別紙「見積内訳書（任意様式）」に記載してください。

様式９

**辞　退　届**

令和2年　　月　　日

串間市長　　島田　俊光　様

　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　 地

　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　「令和2年度　串間市特定健康診査受診勧奨業務」の企画提案に参加申込をしましたが、企画提案を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

様式１０

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　様

串間市長　　島田　俊光

審査結果通知書

　令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託に係る公募型プロポーザルを実施し、令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨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　令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託

２　審査結果

（１）受託候補者

　（２）次順位者

【問合せ先】

串間市医療介護課　医療保険係

TEL　0987-72-0333（内線513・515）

FAX　0987-72-0310

様式１１

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表職者氏名　　　　　　　　　　　　様

串間市長　島田　俊光

質問回答書

令和２年度串間市特定健康診査受診勧奨業務委託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 |  |  |