

様式第 1 号

年 月 日

質 問 書

商号又は名称			
担当部署		担当者名	
電話番号		メールアドレス	
質問内容			

- ・ 回答時は質疑者の情報（商号又は名称や担当部署・担当者名等）は公開しません。
- ・ 令和 7 年 2 月 7 日（金）午後 5 時までに、電子メールにて提出し、電話にて受信の確認をしてください。電子メール以外（電話や F A X 等）での受付はしません。

提出先

三次市 福祉保健部 健康推進課

E-mail kenko@city.miyoshi.hiroshima.jp

電話 0 8 2 4 - 6 2 - 6 2 3 2

様式第2号

年 月 日

三次市長 様

住所
商号又は名称
代表者職氏名

参 加 意 向 申 出 書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

なお、提出者は本プロポーザルの参加資格要件全てを満たし、この申出書及び関係書類の内容については、事実と相違しません。

件名：三次市国保特定健康診査データ分析及び受診勧奨業務

添付書類

- (1)会社等の概要がわかるもの
- (2)その他必要と認められるもの

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

様式第 3 号

年 月 日

三次市長 様

住所
商号又は名称
代表者職氏名

プロポーザル参加辞退届

三次市国民健康保険特定健診受診率向上業務に係る公募型プロポーザルの参加について、都合により辞退します。

(辞退する理由)

様式第 4 号

年 月 日

三次市長 様

住所
商号又は名称
代表者職氏名

提 案 書

次の件について、提案書を提出します。

件名：三次市国民健康保険特定健診受診率向上業務

連絡担当者
所属
氏名
電話
F A X
E-mail

業務実施体制調書

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____

役割	氏名	年齢	業務の実績・経験（年数等）
			担当する業務内容
責任者			
担当者			
担当者			
担当者			
担当者			

（注 1）配置を予定しているもの全員について記入すること。

（注 2）記入欄が不足する場合は、複写して作成すること。

様式第 6 号

業務実績調書

商号又は名称 _____

事業名称	
発注者	
契約期間	
内容	

事業名称	
発注者	
契約期間	
内容	

事業名称	
発注者	
契約期間	
内容	

事業名称	
発注者	
契約期間	
内容	

事業名称	
発注者	
契約期間	
内容	

(注1) 本業務と同種の業務及び関連する業務の受注実績のうち、主なものについて、
最大5件まで記載すること。

(注2) 過去10年間の実績であること。