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ＦＡＸ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](mailto:kenko@city.miyoshi.hiroshima.jp)

　　　電話　　０８２４-６２-６２３２

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

⑴会社等の概要がわかるもの

⑵その他必要と認められるもの

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

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

ＦＡＸ

E－mail

様式第５号

**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。