**（様式第1号）**

質　問　票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４年（2022年）年　　月　　日

熊本県健康福祉部健康局国保・高齢者医療課長　様

団体名

部署

担当者

電話

ＦＡＸ

E-mail

「骨折予防に資する保健事業推進事業」に係る公募型プロポーザルに関して、次のとおり質問事項を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 資料名 |  | ページ |  |
| 質問事項 |  |
| ２ | 資料名 |  | ページ |  |
| 質問事項 |  |
| ３ | 資料名 |  | ページ |  |
| 質問事項 |  |
| ４ | 資料名 |  | ページ |  |
| 質問事項 |  |

※質問は、簡潔に御記入ください。

**（様式第2号）**

「骨折予防に資する保健事業推進事業」公募型プロポーザル参加申込書

令和４年（2022年）　　月　　日

熊本県知事　蒲島郁夫　様

住所

会社名等

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　「骨折予防に資する保健事業推進事業」に係る公募型プロポーザルに参加します。

記

当該公募型プロポーザルに係る担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

**（様式第3号）**

参加資格に関する申立書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４年（2022年）年　　月　　日

　熊本県知事　蒲島　郁夫　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　印

　「骨折予防に資する保健事業推進事業」公募型プロポーザル実施要領「４（１）　参加資格」について、下記のとおり申し立てます。

記

１　会社更生法、民事再生法等に基づく更生又は再生手続きに係る事項には該当しません。＜参加資格①②関係＞

２　熊本県から指名停止措置等を受けていません。＜参加資格③関係＞

３　法人等の代表者(役員を含む)が、次のア又はイのいずれにも該当しません。＜参加資格④関係＞

ア　破産者で復権を得ない者

イ　禁固以上の刑に処され、その執行を終わった日、又は執行を受けることがなくなった日から２年を経過しない者

４　地方自治法施行令第１６７条の４の規定に該当する事実はありません。＜参加資格

　⑤関係＞

５　国税、県税、法人税、消費税及び地方消費税を滞納していません。＜参加資格⑥関係＞

６　賃金不払いの事実はありません。＜参加資格⑦関係＞

７　熊本県暴力団排除条例（平成22年12月22日条例第52号）及び暴力団員による不当な行

　　為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）に規定する暴力団員等ではありませ

　　ん。＜参加資格⑧関係＞

**（様式第4号）**

**会社概要書**

**（令和４年（2022年）５月末時点）**

|  |  |
| --- | --- |
| 提案者名（団体名） |  |
| 本社の所在地 |  |
| 代表者職氏名 |  | 創業年月 |  |
| 資本金 | 万円 | 従業員数 | 人 |
| 本業務を担当する支店・営業所等責任者名・連絡先 |  |
| 自己資本比率 | ％（　　年　　月期決算）小数点第2位まで |
| 年間売上高 | 　　　　　　円（　　年　　月期決算） |
| 財務諸表 | 「貸借対照表」及び「損益計算書」を最新3年分添付してください。 |
| 保有資格 |  |

* 上記の欄に記入の上パンフレット等の会社概要がわかるものを添付してください。
* 令和４年５月末時点のものを記載できない場合は、時点日付を記載してください。
* 資格の保有がある場合、資格証の写しを添付して下さい。

**（様式第5号）**

企　画　提　案　書（正（副）本）

令和４年（2022年）　　月　　日

熊本県知事　蒲島郁夫　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　 　　　　　　　　　　　　印

担当者所属氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

E-mailアドレス

「骨折予防に資する保健事業推進事業」に係る公募型プロポーザル提案書を提出します。

〔添付書類〕

　ア　企画提案資料

　　　※　書式については自由とするが、内容は仕様書に沿って、簡潔・明瞭に

　　　　記載すること

　　　※　枚数は、A4用紙20枚以内（A3用紙の場合、１枚をA4用紙２枚 と換算）

　　　※　追加提案については、その旨がわかるよう区分して記載すること

　イ　実施体制（様式第６号）

　ウ　業務スケジュール表（任意様式）

　エ　概算経費見積書

**（様式第6号）**

本業務に係る実施体制

（作成日　令和４年（2022年）　　月　　日）

<本業務に係るスタッフの体制>

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名・団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所　　在 |  |
| 本業務の運営体制 | （本業務の遂行に係る運営体制を記載してください。） |
| 従事予定スタッフ数 | （本業務に従事予定のスタッフの概要と数を記載ください。） |

<業務実績>

過去３年程度の間に、同様の内容及び規模の業務を受託した実績を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日・期間 | 企画名称（受託額） | 概要 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※自社が中心となって受託したものの実績を記載してください。

※提供できる過去の同種事業の成果品等があれば添付してください。

＜情報セキュリティ体制＞

|  |
| --- |
|  |