（様式１）

**「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務委託にかかる**

**公募型プロポーザル方式受託者募集**

**【質問票】**

令和　　年　　月　　日

　質問者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社名 |  | |
| 担当者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| FAX |  |
| 電子ﾒｰﾙ |  |
| 質問事項 |  | |
|

※質問はファクシミリで受け付けます。

※質問受付期間：令和元年６月１０日（月）から令和元年６月１７日（月）午前５時までとします。

※質問票送信後、必ず電話にて送信した旨を連絡してください。

※電話・来訪など口頭による質問は受け付けません。

※回答は奈良県疾病対策課のホームページに掲載します。

【質問票送付先】

奈良県疾病対策課　がん対策係

電話：0742-27-8928　ＦＡＸ：0742-27-8262

（様式２）

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局長　殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務にかかる募集説明書に基づき、参加申込書を提出します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　　属 |  |
| 役　　職　　名 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| F A X 　番　号 |  |
| 電子メール  アドレス |  |

（様式２－１）

**参　加　資　格　調　書**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局長　殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名 印

　「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務にかかる募集説明書に基づき、参加資格調書を提出します。

１．奈良県競争入札参加資格者名簿の登録状況

|  |  |
| --- | --- |
| 登録の商号または名称 |  |
| 登録番号 |  |

２．主な業務実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業名 | 発注者名 | 発注期間 | 契約金額 | 業務の概要 |
| ① |  |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |  |

（備考）

（１）業務実績については、公告から過去５年以内に契約を締結し、履行した業務を記載すること。

　（２）スペースが不足する場合、別紙に記載することも可

（様式３）

**企　画　提　案　書**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局長　殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名 印

　「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務にかかる募集説明書に基づき、企画提案書及び下記の添付書類を提出します。

記

添付書類

　・誓約書（様式４）１部

　・事業者概要書（様式５）１部

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　　属 |  |
| 役　　職　　名 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| F A X 　番　号 |  |
| 電子メール  アドレス |  |

（様式４）

**誓　　約　　書**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局長　殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名 印

　「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務にかかる企画提案書の提出にあたり、本事業の趣旨を理解していること、また、受託者として決定されたときは、貴県と速やかに委託契約書を取り交わし、委託内容を誠実に履行することを誓約します。

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　　属 |  |
| 役　　職　　名 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| F A X 　番　号 |  |
| 電子メール  アドレス |  |

（様式５）

**事　業　者　概　要　書**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局長　殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名 印

　「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務にかかる事業者概要については次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称等 | 会社名  代表者名  住所　　〒  連絡責任者職氏名  TEL  FAX  電子メール | | | | |
| 設置年月 | Ｓ・Ｈ　　　年　　　月 | 資本金 | 万円 | 従業員 | 人 |
| 主たる業務 |  | | | | |
| 本業務の受注体制 | ■委託業務実施に予定する作業人員  実人員　　　　　人　・　延べ人員　　　　　人日 | | | | |
| 品質､情報ｾｷｭﾘﾃｨ、  個人情報保護等に  関する認証資格 | 資格名称  (登録番号) | | | | |
| 資格名称  (登録番号) | | | | |
| 資格名称  (登録番号) | | | | |
| 備考 |  | | | | |
|

※会社案内パンフレット等を必ず添付すること。

（様式６）

**辞　　退　　届**

令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局長　殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名 印

　「がん検診を受けよう！」奈良県民会議推進事業業務に係る募集説明書に基づき、書類（参加申込書、企画提案書、誓約書、事業者概要書）を提出しましたが、下記のとおり辞退したいので届け出ます。

記

　辞退理由：

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　　属 |  |
| 役　　職　　名 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| F A X 　番　号 |  |
| 電子メール  アドレス |  |