【様式１】

プロポーザル実施要領等に関する質問票

会社名等：

担当部門：

担当者：

メールアドレス：

TEL：

FAX：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 資料名称 | 該当項目（該当頁） | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

〔留意事項〕

・資料名称の欄には、質問の対象となる資料の名称（実施要領又は業務仕様書の別）を記入すること。

・原則として電子メールで送付のこと。（アドレス：AD0002@pref.iwate.jp）

・期限を過ぎたものは受け付けない。

【様式２】

プロポーザル参加届出書

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　達増拓也　様

所在地

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※共同提案の場合は、代表となる者を記載すること。

　　共同提案者

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※単独提案の場合は、本欄を削除すること。

「地域医療情報発信等業務委託」に係るプロポーザル実施要領及び業務仕様書の内容を了知のうえ、プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて届け出ます。

記

１　参加資格

　　次の内容について、虚偽がないことを宣誓します。

　　(1)　岩手県内に本社、支社、営業所又はこれらに類する事業拠点を有する者で、本業務の実施について、県の要求に応じて即時に来庁し、対応できる体制を整えていること。

　　(2)　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者であること。

　　(3)　民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てをしている者若しくは再生手続開始の申立てがされている者（同法第33条第1項に規定する再生手続開始の決定を受けた者を除く。）又は会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てをしている者若しくは更生手続開始の申立てがされている者（同法第41条第1項に規定する更生手続開始の決定を受けた者を除く。）でないこと。

　　(4)　破産法（平成16年法律第75号）第18条若しくは第19条の規定による破産手続開始の申立てをなされていない者であること。旧和議法（大正11年法律第72号）第12条の規定による和議開始の申立てをなされていない者であること。

　　(5)　本書の提出日において、県からの受注業務に関し、指名停止の措置を受けていないこと。

　　(6)　最近１年間の法人税、事業税、消費税及び地方消費税を滞納していない者であること。

　　(7)　暴力団（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）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下この号において同じ。）又はその構成員（暴力団の構成団体の構成員を含む。以下この号において同じ。）若しくは暴力団の構成員でなくなった日から５年を経過しない者の統制の下にある団体に該当しないものであること。

２　企画提案書等

　　　期限までに別途提出。

３　連絡担当者

　　　所属・職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　連絡先（TEL）　　　　　　　（FAX）　　　　　　　（E-mail）　　　　　　　　【様式３】

**会社概要及び過去の主な受注等実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 本店所在地 |  |
| 県内営業所等所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 直近の年間売上高 |  |
| 従業員数 |  |
| 業務内容 |  |
| 会社の特色 |  |
| コンプライアンスに対する取組 | (法令遵守に対する取組等について記載すること) |
| 過去の主な受注等実績(普及啓発を目的としたCM、番組等制作業務) | 受注事業内容（発注者、受注年、受注内容） |
| 本申請の窓口となる担当者 |
| 部　署：　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：職　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ：氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail： |

※　既存資料（会社パンフレット等）で同項目が網羅されているものであれば、これに替えることができるものとします。

【様式４】

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　達　増　拓　也　様

住　　　　　　所

商号又は名称

印

代表者職・氏名

**プロポーザル参加辞退届**

「地域医療情報発信等業務委託」に係るプロポーザルについて、参加届出書類を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

【様式５】

**地域医療情報発信等業務委託**

**業務提案書**

**令和　　年　　月　　日提出**

参加者　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　代表者職氏名

担当者　所 属 部 署 名

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ 番 号

　　　　　　　　　　　　　　メ　　ー　　ル

【様式６】

**会社概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 所　在　地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 国内営業拠点数 |  支　社 ：　　　　　　　　営業所 ： |
| 事業内容 |  |
| 受託した場合の営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 機能 |  |
| 従業員数 |  |

【様式７】

**業務実績**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 過去の全国での同種業務又は類似業務実績 | 業務名 |  |
| 契約先 |  |
| 内　容 |  |
| 契約年月 |  | 契約金額 |  |
| 業務名 |  |
| 契約先 |  |
| 内　容 |  |
| 契約年月 |  | 契約金額 |  |
| 業務名 |  |
| 契約先 |  |
| 内　容 |  |
| 契約年月 |  | 契約金額 |  |
| 過去の岩手県内での同種業務又は類似業務実績 | 業務名 |  |
| 契約先 |  |
| 内　容 |  |
| 契約年月 |  | 契約金額 |  |
| 業務名 |  |
| 契約先 |  |
| 内　容 |  |
| 契約年月 |  | 契約金額 |  |
| 業務名 |  |
| 契約先 |  |
| 内　容 |  |
| 契約年月 |  | 契約金額 |  |

本様式は、記載事項の変更を伴わない範囲で適宜変更して差し支えない。　【様式８】

**業務実施体制（　　年度）**

**１　体制図（例）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 【 総括責任者 】 |  |
| 役職名 [　　　　　　　　　]氏　名　　○○　○○ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [　　　]業務責任者役職名 [　　　　　　]氏名　○○　○○ |  | [　　　]業務責任者役職名 [　　　　　　]氏名　○○　○○ |  | [　　　]業務責任者役職名 [　　　　　　]氏名　○○　○○ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [　 　]業務担当者役職名 [　　　　　　]氏名　○○　○○ |  | [　　 ]業務担当者役職名 [　　　　　　]氏名　○○　○○ |  | [ 　　]業務担当者役職名 [　　　　　　]氏名　○○　○○ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| その他社員○○名 |  | その他社員○○名 |  | その他社員○○名 |

**２　配置予定技術者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 役　職 | 氏名（年齢） | 担当業務内容 | 勤務地 |
|  【 総括責任者 】 |  |  |  |  |
| [　　　]業務責任者 |  |  |  |  |
| [　　　]業務担当者 |  |  |  |  |
| [　　　]業務責任者 |  |  |  |  |
| [　　　]業務担当者 |  |  |  |  |
| [　　　]業務責任者 |  |  |  |  |
| [　　　]業務担当者 |  |  |  |  |

[記入上の留意事項]

(1) 本業務の実施体制について、この様式に準じて記載すること。

(2) 上記２について、役職・年齢は令和７年４月１日現在で記載すること。

(3) 記入欄が不足する場合は、記入欄を追加するなど、適宜様式変更して差し支えない。

(4) 「勤務地」は主な勤務場所の区市町村名を記載すること。