

質 問 書

令和 年 月 日

南部町長 工 藤 祐 直 様

所在地

商号又は名称

代表者氏名

(担当者)所属部署

担当者名

電話番号

FAX 番号

E-mail アドレス

南部町糖尿病予防・血糖コントロール教室業務公募型プロポーザルの実施に関し、次の事項を質問します。

No.	区分	ページ	項目	質問内容
1	☐ 実施要領 ☐ 仕様書			
2	☐ 実施要領 ☐ 仕様書			
3	☐ 実施要領 ☐ 仕様書			
4	☐ 実施要領 ☐ 仕様書			

注 1)区分欄の該当する□に、☒をしてください。

注 2)質問内容は、簡潔に分かりやすく記載してください。

注 3)質問がない場合は、提出する必要はありません。

◆ 提出先 南部町健康こども課 健康対策班

E-mail:kenko@town.aomori-nanbu.lg.jp

様式第 2 号

参加申込書兼誓約書

令和 年 月 日

南部町長 工 藤 祐 直 様

弊社は、南部町糖尿病予防・血糖コントロール教室業務公募型プロポーザル実施要領に基づき、本プロポーザルへの参加を希望しますので、参加申込書を提出します。

なお、本プロポーザルの参加申込にあたり、同実施要領の3参加資格要件に掲げる要件を全て満たしていること及び添付書類の記載事項については、真実と相違ないことを誓約します。

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

(担当者)所属部署

担当者名

電話番号

FAX 番号

E-mail アドレス

<添付書類>

- ☐ 会社概要書(様式第3号)
- ☐ 業務実績書(様式第4号)
- ☐ プライバシーマークまたは ISMS の認証取得を確認できる書類の写し

会 社 概 要 書

令和 年 月 日現在

商号又は名称	
代 表 者 氏 名	
所 在 地	〒
設 立 年 月 日	
資 本 金	
年間売上金額 (直前事業年度)	
支店・営業所数	
従 業 員 数	
主な事業内容	

委 託 さ れ た 場 合 の 営 業 拠 点	
支店等の名称	
所 在 地	〒
電話・FAX 番号	
E-mail アドレス	

※会社の概要が示されている既存のパンフレット等がある場合は、添付してください。

業 務 実 績 書

商号又は名称 _____

南部町糖尿病予防・血糖コントロール教室業務委託について、過去5年間(令和2年度から令和6年度まで)に市町村国保の糖尿病患者または血糖コントロール良好な者に対して教室を実施する等、同様の業務を受託した実績を記入してください。

No.	契約 年度	契約の名称	契約の相手方	契約額(円)	糖尿病予防教室 参加者数 (実)(延べ) [勧奨通知数]
1					人 (人) [件]
2					人 (人) [件]
3					人 (人) [件]
4					人 (人) [件]

※ 業務実績が4件を超える場合は、直近で実施した参加者数の多いものから記載し、4件に満たない場合は、残りの記載欄は空欄としてください。

※ 上記の記載内容を確認できるものとして、契約書及び業務の内容が分かる仕様書等の写し等を添付してください。

見 積 書

令和 年 月 日

南部町長 工 藤 祐 直 様

所在地
商号又は名称
代表者氏名 印

(担当者)所属部署
担当者名
電話番号
FAX 番号
E-mail アドレス

南部町糖尿病予防・血糖コントロール教室業務に係る見積金額について、下記のとおり提出します。

記

総額見積金額

十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

(消費税及び地方消費税を含む額としてください。)

(注意事項)

- 1 金額は算用数字で記載し、頭部に¥を付記してください。
- 2 消費税及び地方消費税は10%で計算してください。
- 3 見積内訳書(任意様式)を添付してください。