（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

大牟田市長　関　好孝　様

事業者名称

代表者氏名

連絡先

担当者名

所在地

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅメールアドレス

**公募型プロポーザル参加表明書**

業務等の名称　「大牟田市特定健康診査受診勧奨業務」

　上記業務のプロポーザルにつきまして、参加資格要件に適合することを確認しましたので、参加を表明します。

（添付書類）

　１　会社概要（様式第２号）　１部

　２　役員等名簿及び照会承諾書（様式第３号）　１部

　３　履歴事項全部証明書の写し　１部

（様式第２号）

**会　社　概　要**

〇会社概要等

|  |  |
| --- | --- |
| 会社（団体）名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 本社所在地 |  |
| 設立年月 |  |
| 資本金（円） |  |
| 従業員数（人） |  |

〇支社・支店又は営業所

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 |  |

〇担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　属 |  |
| 役職・氏名 |  |
| 電話番号（内線） |  |
| Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

（様式第３号）

**役員等名簿及び照会承諾書**

令和　　年　　月　　日

大牟田市長　関　好孝　様

（届出者）　主たる事務所

の所在地

法人(団体)名

代表者名

当法人(団体)は、下記の役員名簿に相違ないことを誓約するとともに、当法人(団体)及びこの名簿に記載した者について、「大牟田市特定健康診査受診勧奨業務委託」プロポーザル実施要領における７ 参加資格要件（５）の確認のため、暴力団又はその構成員との関係の存在に関し、大牟田警察署に照会することを承諾します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役　職 | (ふりがな)氏　名 | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 代表者 |  |  | **,**　　　　**,** |
|  |
|  |  |  | **,**　　　　**,** |
|  |
|  |  |  | **,**　　　　**,** |
|  |
|  |  |  | **,**　　　　**,** |
|  |
|  |  |  | **,**　　　　**,** |
|  |
|  |  |  | **,**　　　　**,** |
|  |

備考１　この書面に記載された個人情報については、個人情報の保護に関する法律〔平成十五年法律第五十七号〕の規定により、上記以外の目的には使用しません。

２　裏面の記入要領を参照し、記載してください。

（様式第３号）

記　入　要　領

1 　この書面には、次に該当する者を記載すること。

（１）株式会社については、取締役（代表取締役を含む。）及び執行役（代表執行役を含む。）

（２）合名会社又は合同会社については、社員

（３）合資会社については、無限責任社員

（４）社団法人又は財団法人については、理事（代表理事を含む。）

（５）（１）から（４）までに掲げる法人以外の法人については、（１）から（４）までに掲げる役職に相当する地位にある者

（６）法人格を有しない団体については、代表者及び団体の規約において重要な意思決定に直接関与することとされる者

（７）次に該当する場合は、（１）から（６）に掲げる者のほか、次の者

　　　ア　支配人を置く場合は、支配人

　　　イ　支店長、営業所長その他の者に契約事務を委任する場合は、支店長、営業所長その他の者

２　氏名は、戸籍に記載されている氏名を楷書で記載すること。

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

大牟田市長　関　好孝　様

事業者名称

代表者氏名

連絡先

担当者名

所在地

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅメールアドレス

**企画提案書類提出届**

業務等の名称　「大牟田市特定健康診査受診勧奨業務」

　上記業務のプロポーザルにつきまして、実施要領に基づき、以下の書類を提出します。

１．業務実績調書（様式第５号）　１部

２．国税及び都道府県税について未納のない証明書　各１部

３．企画提案書　７部

５．価格提案書（様式第６号及び積算内訳書）　１部

（様式第５号）

**業務実績調書**

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契約の相手先（自治体名等） | 業務名称 | 業務内容 | 実施期間 |
|  |  |  | 　　　年　月～ |
| 　　年　月 |
|  |  |  | 　　　年　月～ |
| 　　年　月 |
|  |  |  | 　　　年　月～ |
| 　　年　月 |
|  |  |  | 　　　年　月～ |
| 　　年　月 |
|  |  |  | 　　　年　月～ |
| 　　年　月 |
| 同種・類似業務の実績について記入してください。 |

（様式第６号）

　　 大牟田市長　関　好孝　様

**価 　格 　提　 案　 書**

大牟田市特定健康診査受診勧奨業務に伴う経費の見積金額は、下記のとおりです。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見積金額 |  | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※上記金額は消費税及び地方消費税の額を含む金額となります。

　　　１　事 業 名　大牟田市特定健康診査受診勧奨業務

　　　２　業務期間　契約締結日から令和６年３月３１日まで

上記のとおり見積りいたします。

令和　　年　　月　　日

（代表者）

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

※別途、積算の内訳が分かる明細書を添付すること。（任意様式）

（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

大牟田市長　関　好孝　様

事業者名称

代表者氏名

連絡先

担当者名

所在地

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅメールアドレス

**公募型プロポーザル参加辞退届出書**

業務等の名称　「大牟田市特定健康診査受診勧奨業務」

　標記のプロポーザルにつきまして、参加を辞退します。

（辞退理由）