様式１

参　加　表　明　書

第３期池田市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第４期池田市国民健康保険特定健康診査等実施計画策定に係る現状分析等支援業務委託に係る公募型プロポーザルに参加致しますので、関係書類を添えて参加表明書を提出致します。

　　年　　月　　日

池田市長　　　　　　　 様

（提出者）

住　所：

会社名：

代表者名：

（担当者）

氏名：

所属：

電話番号：

FAX番号：

E-mail：

様式２

業　務　実　績　書

【過去５年間の国民健康保険や後期高齢者医療制度等の各種保険に係る保健事業の計画策定や事業に関連した各種支援業務もしくは関連業務を行った実績】

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 業務名： |
| 発注者： | 契約金額： |
| 履行期間： |
| 業務内容 |
| ２ | 業務名： |
| 発注者： | 契約金額： |
| 履行期間： |
| 業務内容 |
| ３ | 業務名： |
| 発注者： | 契約金額： |
| 履行期間： |
| 業務内容 |

|  |  |
| --- | --- |
| ４ | 業務名： |
| 発注者： | 契約金額： |
| 履行期間： |
| 業務内容 |
| ５ | 業務名： |
| 発注者： | 契約金額： |
| 履行期間： |
| 業務内容 |

様式３

業　務　実　施　体　制

【実施体制】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 所属・役職 | 担当業務分野 |
| 統括責任者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 組織体制・特徴 |

※配置を予定しているもの全員について記入してください。

※所属・役職については、企画提案書の提出者以外の企業等に所属する場合は、企業名等も記載してください。

【統括責任者及び担当者の業務実績】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 氏　名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 保有資格等 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 業務実績 |  |
| 特記事項 |  |
| ２ | 氏　名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 保有資格等 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 業務実績 |  |
| 特記事項 |  |
| ３ | 氏　名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 保有資格等 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 業務実績 |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４ | 氏　名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 保有資格等 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 業務実績 |  |
| 特記事項 |  |
| ５ | 氏　名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 保有資格等 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 業務実績 |  |
| 特記事項 |  |

※業務実績については、同種業務の実績について記載してください。

様式４

質　問　書

|  |
| --- |
| 会社名： |
| 担当者： |
| TEL： | E-mail： |
| 質問項目 |
|  |
| 質問内容 |
|  |