（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

参加表明書

　玉野市長　柴田　義朗　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

　令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務に係るプロポーザルへ参加希望の為、参加資格を満たすことを誓約し、関係資料を提出します。

提出書類

　１　参加表明書（様式第１号）

　２　事業者概要（様式第５号）　１部

　３　業務実績書（様式第６号）　１部

【担当者及び連絡先】

担当部署：

担当者氏名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

E－mail：

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務に係る

プロポーザル参加辞退届

　玉野市長　柴田　義朗　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

　令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務に係るプロポーザルについて、下記の理由により参加を辞退します。

　　　　辞退理由

【担当者及び連絡先】

担当部署：

担当者氏名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

E－mail：

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

質　問　書

（令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務に係るプロポーザル提案）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 件　名 | 質　問　内　容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

※質問書を電子メールで送付する際は、送信後必ず下記所管課に電話で連絡してください。

【所管課】

　玉野市役所　市民生活部保険年金課

　電話番号：０８６３－３２－５５２８

　ＦＡＸ番号：０８６３－３２－５５６３

E-mail：hokennenkin@city.tamano.lg.jp

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務に係る

プロポーザル提案書

　玉野市長　柴田　義朗　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

　当社は、別添のとおり令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務に係るプロポーザル実施要領に基づき、企画提案書を添えて提案します。

（様式第５号）

事業者概要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

令和　　年　　月　　日現在

１　事業者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 従業員数 |  |
| 資本金 |  |
| 事業内容 |  |

２　連絡担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 役　職・氏　名 |  |
| 所属部署 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

（様式第６号）

業務実績書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務概要  （技術的特徴等） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務概要  （技術的特徴等） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務概要  （技術的特徴等） |  |

（様式第７号）

業務実施体制

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

令和　　年　　月　　日現在

１　実施体制

|  |  |
| --- | --- |
| 技術者の配置  及び人員体制 |  |

２　総括責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 役　職・氏　名 |  |
| 所属部署 |  |
| 担当業務内容 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 保有資格 |  |
| 関連業務の実績 |  |

３　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 役　職・氏　名 |  |
| 所属部署 |  |
| 担当業務内容 |  |
| 業務経験年数 |  |
| 保有資格 |  |
| 関連業務の実績 |  |

４　その他の業務従事者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 役職 | 氏　名 | 実務経験  年　　数 | 関連資格 | 経　歴 | 本業務の役割 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |

（様式第８号）

令和　　年　　月　　日

見積・見積内訳書

　玉野市長　柴田　義朗　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

令和７年度　玉野市国民健康保険重複多剤服薬適正化業務について、下記のとおりお見積り申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 見積合計金額  （消費税込み） | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | 単価 | 数量 | 金　　額 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 小　　　　　計 | | |  |  |
| 消費税（１０％） | | |  |  |
| 合　　　　　計 | | |  |  |