様式第1号

参加表明書

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

愛媛県難病等医療公費負担システム構築・導入業務委託の技術提案に参加したいので、「愛媛県難病等医療公費負担システム構築・導入業務委託公募型プロポーザル手続等に関する説明書」に基づき、申し込みます。

また、同説明書に規定する資格要件に該当することを誓約します。

記

（下記事項を記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本件に関する問合せ先(担当者) | 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 県の入札参加資格登録台帳への登録状況 | □　令和５・６・７年度台帳に登録済み□　未登録なので、技術提案書提出時までに登録予定（注）上記いずれかの□を塗りつぶしてください。 |
| 地方自治法施行令第167条の４規定関係 | □　地方自治法施行令第167条の４の規定に該当しないことを確約する（注）上記の□を塗りつぶしてください。 |
| プライバシーマーク付与認定又はISO27001認証の状況 | □　プライバシーマーク付与認定済（　　年　月　日）□　ISO27001認証済（ 　年　月　日）（注）上記の□を塗りつぶして認定(認証)状況を示すとともに、証明書類（写し）を添付してください。 |
| 受託実績 | □　地方自治体又はその他団体（公的企業、独立行政法人）における受託実績が有（公告日から過去10年間に限る）（注）上記の□を塗りつぶして受託実績状況を示すとともに、契約書・仕様書（写し）、公表資料等で時期、規模、実施体制及び内容が確認できる書類を添付してください。 |

（会社（法人）概要を添付のこと　※パンフレット・ホームページのコピー可）

商号または名称や住所、代表者、設立年月日、資本金、年間売上高、従業員数、主な業務内容等についてＡ４版２頁程度にまとめたもの。支社、営業所にあっては、営業歴を記載すること。

様式第２号

辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　愛媛県知事　中村 時広　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

　愛媛県難病等医療公費負担システム構築・導入業務委託に係る技術提案について、参加を辞退します。

様式第３号

技術提案質問票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

愛媛県難病等医療公費負担システム構築・導入業務委託について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号または名称 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問件名 |  |
| 質問内容 |  |

様式第４号

技術提案提出書

令和　年　月　日

　愛媛県知事　中村 時広　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

　愛媛県難病等医療公費負担システム構築・導入業務委託について、下記の書類を添えて技術提案書を提出します。

記

技術提案書（様式任意。ただし、Ａ４判片面印刷で50頁以内（目次を除く。）を目安とする。）