様式１

質　問　書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （事業者名）  商号又は名称 |  |
| （担当者）  部署・職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問内容 | 件名【　　　　　　　　　】 |

様式２

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県小児救急医療電話相談事業運営委託業務の委託に係るプロポーザルに参加したいので、実施要項に基づき申し込みます。

また、当方が同要項に規定する資格要件に該当することを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者職氏名 | フリガナ |
|  |
| 事業者の  ホームページアドレス |  |

※証明書類として「プライバシーマーク登録証」又は「ISMS認証の登録証」の写しを添付すること。

様式３

会 社 概 要

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称  代表者職氏名 |  | |
| 所　在　地 | 本社  (代表者住所) | 郵便番号  住　　所  電話番号 |
| 県内  支社等  (あれば記入) | 郵便番号  住　　所  電話番号 |
| 設立(結成)  年　月　日 | 年　　　月　　　日  (愛媛県内営業所等の設置年月日　　　年　　月　　日) | |
| 資　本　金 |  | |
| 直　近　の  年間売上高 |  | |
| 従業員数 | 人  (愛媛県内営業所等の社員数　　　　　人) | |
| 業務内容 |  | |
| 会社の特色 |  | |

※既存の資料（会社パンフレット等）で同項目が網羅されている場合、これに代えることができる

ものとする。

様式４

参　加　辞　退　届

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県小児救急医療電話相談事業運営委託業務の委託に係るプロポーザルについて、参加を辞退します。

様式５

企画提案書の提出書

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県小児救急医療電話相談事業運営委託業務について、下記の書類を添えて企画提案書を提出します。

記

１　企画書

２　費用見積書

３　事業の総括責任者、現場責任者、愛媛県との連絡窓口となる担当者一覧表

様式６

費　用　見　積　書

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

愛媛県小児救急医療電話相談事業運営委託業務についての見積書を下記のとおりとします。

記

委託期間の総額の見積価格　　　　　：　　　　　　　　　　　　　円

事業１年度（令和７年度）の見積価格：　　　　　　　　　　　　　円

事業２年度（令和８年度）の見積価格：　　　　　　　　　　　　　円

事業３年度（令和９年度）の見積価格：　　　　　　　　　　　　　円

（消費税及び地方消費税含む）

※見積に係る積算内訳を別途添付すること。（様式任意）

　内訳には積算根拠（単価、数量、回数、人数等）を具体的に記入すること。

様式７

事業の総括責任者、現場責任者、愛媛県との連絡窓口となる担当者一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 応募者の名称 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 総括責任者 | 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 経験年数 |  | | |
| 主な実績、  経歴等 |  | | |
| 現場責任者 | 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 経験年数 |  | | |
| 主な実績、  経歴等 |  | | |
| 愛媛県との連絡窓口担当者（主となる者） | 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 経験年数 |  | | |
| 主な実績、  経歴等 |  | | |
| 愛媛県との連絡窓口副担当者（補佐する者） | 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 経験年数 |  | | |
| 主な実績、  経歴等 |  | | |