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

令和７年度えひめ医療ＤＸ推進事業委託業務のプロポーザルに参加したいので、企画提案募集要領に基づき申し込みます。

また、当方が同要領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 |  |

様式３

**会社概要及び実績表**

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  (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  (県内営業所等の社員数　　　　　人) | | |
| 業務内容 |  | | |
| 会社の特色 |  | | |
| 国、地方公共団体等が発注した当業務と同種若しくは類似する事業の実績  平成30年4月1日以降 | 発注者 | 主な内容 | 時期 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※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。

　※同種の業務に関する実績があれば、委託契約書（写し）や成果物等、業務内容がわかる資料を添付すること。

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

令和７年度えひめ医療ＤＸ推進事業委託業務の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

令和７年度えひめ医療ＤＸ推進事業委託業務について、下記の書類を添えて企画提案書を提出します。

記

企画書

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

令和７年度えひめ医療ＤＸ推進事業委託業務についての見積書を下記のとおりとします。

記

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。