

(様式1)

参加申込書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所在地

名 称

代表者職氏名

印

令和8～10年度愛媛県特定医療費（指定難病）助成関係業務及び指定難病患者情報提供事業業務委託に係る公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、参加するに当たり、当実施要領に定める参加資格を全て満たすとともに、本プロポーザルの実施において知り得た情報を外部に漏らさないことを誓約します。

【連絡先】	
担当者所属	
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	
電子メール	

(様式2)

辞 退 届

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所在地

名 称

代表者職氏名

印

令和8～10年度愛媛県特定医療費（指定難病）助成関係業務及び指定難病患者情報提供事業業務委託に係る公募型プロポーザルへの参加を、次の理由により辞退します。

(辞退理由)

(様式3)

質 問 書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

令和8～10年度愛媛県特定医療費（指定難病）助成関係業務及び指定難病患者情報提供事業業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

本件に関する問い合わせ先

商号又は名称

担当者の役職・氏名

電話番号

電子メールアドレス（質問に対する回答送付用）

(様式4)

令和8～10年度愛媛県特定医療費（指定難病）助成関係業務
及び指定難病患者情報提供事業

企 画 提 案 書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所在地

名 称

代表者職氏名

印

記 載 項 目	内 容
1 医療費助成業務の受託実績等	別添のとおり
2 実施体制等	
3 医療費助成業務に係る企画提案	
4 指定難病患者情報提供に係る企画提案	
5 その他企画提案	
6 必要経費	

(注)

- 記載項目の内容について、「令和8～10年度愛媛県特定医療費（指定難病）医療費助成関係業務及び指定難病患者情報提供事業業務委託に係る公募型プログラム実施要領」を参照のこと。
- 別添は自由様式とし、A4版とすること。

(様式4別紙)

管理責任者の経歴等

「愛媛県特定医療費（指定難病）助成関係業務及び指定難病患者情報提供事業業務委託仕様書」に規定する管理責任者の経歴等は、記載事項と相違ありません。

項 目	内 容
氏 名	
経 歴	
資 格	

- ※「内容」欄には、当該項目における設置予定管理責任者について記載すること。
- ※「経歴」欄には、社会人以降の業務歴について時系列に記載すること。
- ※必要に応じて行の高さや行数を調節すること。