「やまなし県央連携中枢都市圏」

医療・介護資源情報システム構築及び運用業務

公募型プロポーザル

提出書類　様式集

（様式１）

**参　加　表　明　書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

甲府市長　　樋　口　雄　一

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

令和５年５月２６日付けで公告のありました次の対象業務に係る公募型プロポーザルに参加を希望します。

なお、参加資格の要件をすべて満たすとともに、提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

１　業務名　　「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム

　　　　　　　構築及び運用業務

（連絡先）会社・所　属：

氏　名：

電　話：

ＦＡＸ：

Ｅ-mail：

（様式２）

会 社 概 要 等 整 理 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企画提案者 | 会社（団体）名 | 連絡担当者 | 所　　属 |
| 役職・氏名 |
| 所　在　地 |
| 電話番号（内線） |
| ホームページアドレス | ＦＡＸ |
| E-mail |

会社（団体）の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設 立 年 月 |  | 資本金  （百万円） |  |
| 売上金  （百万円） |  | 従業員数  （人） |  |
| 支社（支店） |  | 関 連 会 社 |  |

※直近の決算期の内容を記載し、記入できないものは別添に資料を添付することを可とする。

（様式３）

**協力会社に関する調書**

**（該当する場合のみ記入）**

事業者名

『「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム構築及び運用業務』に関し、次の者を協力会社として業務を受託することについて合意しております。

再委託先又は協力を受ける相手先及びその理由（企業の技術的特徴等）について

|  |  |
| --- | --- |
| 担当業務分野 |  |
| 住　　所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 | ㊞ |
| 協力を受ける内容及び理由 |  |
| 主な業務実績 | 【連携業務】  【その他】 |

※記載欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。

※業務を再委託する場合にのみ記載すること。

（様式４）

**業　務　実　績　書**

事業者名

同種業務実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 業務名 | 発注機関名 | 履行期間・業務の内容 | 特徴等 | 契約金額 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※提案者および協力者が保有する実績について、５件以内で記載すること。

※地方公共団体等が実施した同種業務を優先して記載すること。

（様式５）

**誓　　　約　　　書**

私は、下記の事項について誓約します。

なお、甲府市が必要な場合には、下記１及び２については山梨県警察本部へ、下記３については甲府市の税務所管部署へ照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が甲府市と行う他の契約等における身分確認等に利用することに同意します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

（１）　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２）　暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３）　自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している者

（４）　暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、又は関与している者

（５）　暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（６）　下請契約又は資材、原材料の購入契約その他の契約に当たり、その相手方が上記（１）から（５）までのいずれかに該当することを知りながら、当該者と契約を締結している者

２　１の（２）から（６）に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

３　市税の滞納はありません。

令和　　年　　月　　日

（あて先）

　甲府市長　樋口　雄一　様

〔法人、団体にあっては事務所所在地〕

住　　所

【法人、団体にあっては法人・団体名、代表者名】

　　　　 　　 （ふりがな）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　　　年　　月　　日

（様式６）

**企　画　提　案　書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）

甲府市長　　樋　口　雄　一

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

次の対象業務について、企画提案書を提出します。

１　業務名　　「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム

　　　　　　　構築及び運用業務

２　企画提案に関する書類（正本１部、副本１３部）

（１）業務内容に係る企画提案（任意様式）

（２）機能要件確認書（仕様書別紙２）

（３）業務工程表（任意様式）

（連絡先）会社・所　属：

氏　名：

電　話：

ＦＡＸ：

Ｅ-mail：

※押印する印は、「参加表明書（様式１）」に押印した印とすること。

（様式７）

**価格提案書**

『「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム構築及び運用業務』に係る企画提案に、次の金額にて応募いたします。

令和　　年　　月　　日

業務名　　「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム

　　　　　構築及び運用業務

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（あて先）

甲府市長　　樋　口　雄　一

提出者

住　所

会社名

代表者 　　　　㊞

電　話

ＦＡＸ

Ｅ-mail

※金額は算用数字で表示し、頭書に￥の記号を付記すること。

※消費税及び地方消費税を含む金額（１０％）にて提出すること。

※押印する印は、「参加表明書（様式１）」に押印した印とすること。

※積算内訳を添付すること。

（様式８）

令和　　年　　月　　日

**質　問　書**

甲府市福祉保健部健康支援室健康政策課　あて

『「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム構築及び運用業務』について、次のとおり質問書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 所属 |  |
| 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 該当資料名 | 頁 | 該当項目 | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| ※電子メールにて提出すること。 | | | | |
| Mail：kenkouss@city.kofu.lg.jp | | | | |

（様式９）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（あて先）

甲府市長　樋　口　雄　一

　　　　　　　　　　　　　　　住所

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**参加辞退届**

　『「やまなし県央連携中枢都市圏」医療・介護資源情報システム構築及び運用業務』に係る公募型プロポーザルに対し参加表明を行いましたが、次の理由により参加を辞退します。

|  |
| --- |
| 辞　退　理　由 |
|  |

※押印する印は、「参加表明書（様式１）」に押印した印とすること。