別記様式第１号（公募型プロポーザル参加資格確認申請書）

公募型プロポーザル参加資格確認申請書

　　令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　 様

（健康づくり推進課）

　　代表者職氏名

（担　当　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（メールアドレス 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※グループで参加する場合は，代表法人が記入すること。

次の公募型プロポーザルに参加したいので，必要書類を添えて申請します。

なお，地方自治法施行令第１６７条の４の規定のいずれにも該当しない者であること，公募型プロポーザル参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

１　業務名：健診データを活用した疾病リスク予測業務

～データドリブンな生活習慣改善策のアジャイル開発～

２　添付書類（　有　・　無　）

　　添付書類有の場合，書類名を記入（グループで提案する場合は，構成員ごとに記入すること）

|  |
| --- |
|  |

※別記様式第２号　法人概要を添付して提出すること。

※グループで提案する場合は，代表法人が取りまとめて提出するものとし，別記様式第３号「グループ構成書」及び別記様式第４号「委任状」を添付すること。

別記様式第２号（法人概要）

法　人　概　要

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　 様

　（健康づくり推進課）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加の区分 | 単　独　　・　　グループ（名称　　　 ） | | | |
| 商号又は名称 |  | | | |
| 代表者職氏名 |  | | | |
| 所在地 | 本　　社 | | 〒  電話番号 | |
| 広島県内  支社等  (広島県内に本社がある者は除く） | | 〒  電話番号 | |
| 設立年月日 | 年　　　月　　　日  （広島県内支社等の設立年月日　　　　　年　　　月　　　日） | | | |
| 資本金 |  | | | |
| 従業員数 | 人  （広島県内支社等の従業員数　　　　　　　　　　人） | | | |
| ホームページ | https:// | | | |
| 事業内容 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  |
| ＦＡＸ番号 | | |  |
| 担  当  者 | 所　属 | |  |
| 氏　名 | |  |

※　企業・団体のパンフレット（法人概要）等を添付すること。

※　記入欄が不足する場合は，別紙に記入の上，添付すること。

※　グループで提案する場合は，全ての構成員について提出すること。

別記様式第３号（グループ構成書）

グループ構成書

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　（健康づくり推進課）

健診データを活用した疾病リスク予測業務～データドリブンな生活習慣改善策のアジャイル開発～に関し，次のとおりグループを構成し参加します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| グループ名 | |  | | |
| 代表法人 | 所　在　地 |  | | 代表者印  ㊞ |
| 名　　　称 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 連　絡　先 | 電話： | ： | |
| 担　当　者 | 所属： | 氏名： | |
|  |  | | |
| 構成法人 | 所　在　地 |  | | 代表者印  ㊞ |
| 名　　　称 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 連　絡　先 | 電話： | ： | |
| 担　当　者 | 所属： | 氏名： | |
|  |  | | |
| 構成法人 | 所　在　地 |  | | 代表者印  ㊞ |
| 名　　　称 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 連　絡　先 | 電話： | ： | |
| 担　当　者 | 所属： | 氏名： | |
|  |  | | |

※「構成法人」欄が不足する場合は，適宜用紙を追加すること（割印を押印すること）。

※「担当業務」欄には，グループにおけるそれぞれの役割（本業務における役割）を簡潔に記載すること。

別記様式第４号（委任状）

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　 様

　（健康づくり推進課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

健診データを活用した疾病リスク予測業務～データドリブンな生活習慣改善策のアジャイル開発～の公募型プロポーザルに参加するに当たり，次の法人を代表法人として，一切の権限を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| グループ名 |  |
| 所　　　 在　　　 地 |  |
|  |  |
| 代表者職氏名 |  |

* 代表法人以外の構成法人ごとに提出すること。

別記様式第５号（仕様書等に対する質問書）

仕様書等に対する質問書

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　 様

　（健康づくり推進課）

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

業務名：健診データを活用した疾病リスク予測業務

～データドリブンな生活習慣改善策のアジャイル開発～

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 |  |

※質問事項に係る仕様書の記載ページも併記すること。

※グループで提案する場合は，代表法人が質問を取りまとめ，提出すること。

別記様式第６号（取下願）

取　　下　　願

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　 様

　（健康づくり推進課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連  絡  先 | 電話番号 | |  |
| FAX番号 | |  |
| 担  当  者 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| メールアドレス |  |

令和　年　月　日付けで提出した「健診データを活用した疾病リスク予測業務～データドリブンな生活習慣改善策のアジャイル開発～」に係る提案書については，次の理由により取り下げます。

（理由）

※グループで提案する場合は代表法人が提出すること。