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

所　 在 　地

商号又は名称

代表者職氏名

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　）

　令和　年　月　日付けで公告のあった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　：　不妊検査費等助成事業プロモーション業務

　２　添付書類　：　別紙「事業者の概要」

別　紙

事業者の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 住所 | 本　社 | 住所： |
| 電話： |
| 県内事業所等  （あれば記入） | 住所： |
| 電話： |
| 資本金 |  | |
| 直近の年間売上高 |  | |
| 職員数 |  | |
| 業務内容 |  | |
| 行政関係に対する  事業実績 |  | |

* 事業者の概要を記載したパンフレット等を添付してください。
* 広島県税、特別法人事業税及び地方法人特別税並びに消費税及び地方消費税の滞納がないことを証明する書類を添付してください。

仕様書等に対する質問書

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

所　 在 　地

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　：　不妊検査費等助成事業プロモーション業務

|  |  |
| --- | --- |
| 質　　問　　事　　項 |  |

公募型プロポーザル辞退届

令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　）

　次の公募型プロポーザルは、辞退いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 業　務　名 | 不妊検査費等助成事業プロモーション業務 |
| 場　　所 | 広島県庁内 |
| 公募型プロポーザル  予定年月日 | 令和　年　月　日 |

注）　この届は、公募型プロポーザル執行の完了に至るまでに発注機関に直接持参するか、郵便等（公募型プロポーザル執行の前日までに必着するものに限る。）又は電子メールにより提出してください。

　　　なお、郵便等により提出する場合に地理的条件等により、公募型プロポーザル執行の前日までにこの届が到達しないおそれがある場合は、併せて、発注機関に対して、公募型プロポーザル辞退を電話連絡すること。