

様式1

プロポーザル参加表明書

業務名：「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」

標記の業務について、プロポーザルへの参加を表明します。

年 月 日

(あて先) 島本町長 様

(提出者) 住 所

電話番号

会社名

代表者(役職)

(氏名)

㊞

担当者の連絡先

(所属部署)

(職名・氏名)

(TEL)

(FAX)

(メール)

誓約書

事業名 第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務

私は、島本町が島本町暴力団排除条例に基づき、公共工事その他の事務事業により暴力団を利用することとならないように、暴力団員及び暴力団密接関係者を入札、契約から排除していることを承知したうえで、下記事項について誓約します。

記

- 一 私は、島本町の公共工事等を受注するに際して、島本町暴力団排除条例第2条第1号から第3号に掲げる者のいずれにも該当しません。
- 二 私は、島本町暴力団排除条例第2条第1号から第3号に掲げる者の該当の有無を確認するため、島本町から役員名簿等の提出を求められたときは、速やかに提出します。
- 三 私は、本誓約書及び役員名簿等が島本町から大阪府警察本部又は高槻警察署に提供されることに同意します。
- 四 私が島本町暴力団排除条例第2条第1号から第3号に掲げる者に該当する事業者であると島本町が大阪府警察本部又は高槻警察署から通報を受け、又は島本町の調査により判明した場合は、島本町が島本町暴力団排除条例及び島本町契約からの暴力団排除に関する措置要綱に基づき、島本町ホームページ等において、その旨を公表することに同意します。
- 五 私が島本町暴力団排除条例第7条に規定する下請負人等を使用する場合は、これら下請負人等から誓約書を徴し、当該誓約書を島本町に提出します。
- 六 私の使用する下請負人等が、島本町暴力団排除条例第2条第1号から第3号に掲げる者に該当する事業者であると島本町が大阪府警察本部又は高槻警察署から通報を受け、又は島本町の調査により判明し、島本町から下請契約等の解除又は二次以降の下請負にかかる契約等の解除の指導を受けた場合は、当該指導に従います。

(宛先) 島本町長

年 月 日

所在地

事業者名

代表者

Ⓜ

(契約書に押印する印鑑と同一印)

代表者の生年月日

年 月 日

様式3

送信先

FAX 075-962-5652

年 月 日

(あて先) 島本町健康福祉部高齢介護課 行

会社名 _____

質 問 書

「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」のプロポーザルについて、以下のとおり質問します。

	質問事項
1	
2	
3	
4	

※記載欄が足りない場合は、行の挿入やページの追加を行うこと。

(質問なしの場合もその旨を回答)

担当者の連絡先 (質問回答の送付先)

(所属・氏名)

(TEL)

(FAX)

(メールアドレス)

様式 4

第 号
年 月 日

参加事業者 各位

島本町健康福祉部高齢介護課長

プロポーザルに関する質問回答書

- 1 業務名 「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」
- 2 回 答

様式5

企画提案申請書

業務名：「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」

標記の業務について、関係書類を添えて提案を申請します。

年 月 日

(あて先) 島本町長 様

(提出者) 住 所

電話番号

会社名

代表者(役職)

(氏名)

㊞

担当者の連絡先

(所属部署)

(職名・氏名)

(TEL)

(FAX)

(メール)

様式 6

同種業務実績、その他類似業務実績等について

会社名 _____

1 同種業務実績、その他類似業務実績

平成28年度以降の業務実績について、記載すること。

(1) 同種業務実績

業務名	実施年度	発注者	業務概要及び特記事項

(2) その他類似業務実績

業務名	実施年度	発注者	業務概要及び特記事項

2 業務実績に関するアピールポイント

--

※記載欄が足りない場合は、行の挿入やページの追加を行うこと。

様式 7

本業務の実施体制について

会社名 _____

業務の実施体制を以下に記載すること。(組織図等を用いて、より分かりやすく記載すること。)

①町からの指示・質問・来訪依頼への対応体制、②緊急時(担当の不在時等)のバックアップ体制も記載。

様式 8

本業務の総括責任者及び担当予定者の主要業務実績、経歴、資格等

会社名 _____

	氏名及び年齢	実務経験及び経歴・資格等	業務実績及び特記事項 (※)	業務期間中の手持ち業務の有無(内容)及び支障見込み
総括責任者	氏名： 役職： 年齢：	経験年数： 経歴： 資格：		
主担当者	氏名： 役職： 年齢：	経験年数： 経歴： 資格：		
副担当者1	氏名： 役職： 年齢：	経験年数： 経歴： 資格：		
副担当者2	氏名： 役職： 年齢：	経験年数： 経歴： 資格：		

※ 記載欄が足りない場合は、行の挿入やページの追加を行うこと。

様式9

第 号
年 月 日

様

島本町健康福祉部高齢介護課長

「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」に係る
プロポーザル審査の実施について

標記の件につきまして、 年 月 日付で、提出いただいた企画提案申請
について、プロポーザル審査の実施日時等が決定しましたのでお知らせします。

つきましては、下記の日時等において、プロポーザル審査を実施いたしますので、
ご出席いただきますようお願いします。

記

日時： 年 月 日 () 時から
場所：

様式10

第 年 月 日
号

様

島本町長

⑩

「第9期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」に係る
業者の選定について

標記の件について、厳正な審査の結果、貴社を選定したことをお知らせします。

様式 1 1

第 年 月 日 号

様

島本町長

⑩

「第 9 期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」に係る
業者の選定について

標記の件について、厳正な審査の結果、次の提案者が選定されました。
貴社の提案は、選定に至らなかったことをお伝えします。

選定された提案者：