様式１

**プロポーザル参加表明書**

業務名：「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」

　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。

　令和　　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２

**誓　約　書**

事　業　名　第５期島本町地域福祉計画等策定業務

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

令和　　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

送信先アドレス　fukushi@shimamotocho.jp

令和　　年　　月　　日

（あて先）島本町健康福祉部福祉推進課　行

会社名

**質　問　書**

　「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」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。

※令和５年９月２８日（木）１７時までに、福祉推進課にメール送付（質問なしの場合もその旨を回答）。

※到達確認のため、送付日の17時30分までに電話すること。

|  |
| --- |
| 担当者の連絡先（質問回答の送付先）  （所属・氏名）  （ＴＥＬ）  （メール） |

様式４

島健福第　　　号

令和　年　月　日

参加事業者　各位

島本町福祉推進課長

**プロポーザルに関する質問回答書**

１　業 務 名　　　「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」

２　回　　答

様式５　　**事業者の主要業務実績、同種業務実績等について**

会社名

**１　主要業務実績、同種業務実績**

※直近５年間（令和元年度から令和５年度）の業務実績（実施中を含む）について、直近年度を上にして時系列で記載すること。（↓業務区分欄では、該当する番号に○を付けること）

**⑴　主要業務実績**（①地域福祉計画の策定、②ひとり親家庭等自立促進計画の策定、③自殺対策計画

／再犯防止推進計画／成年後見制度利用促進基本計画の策定）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 |  | 業務区分 | | | 実施年度 | 発注者 | 業務概要及び特記事項 |
|  | ① | ② | ③ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**⑵　同種業務実績**（①福祉分野の計画策定、②福祉分野のアンケート調査業務）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 業務区分 | | 実施年度 | 発注者 | 業務概要及び特記事項 |
| ① | ② |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**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６　　**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してください。（組織図等を用いて、より分かりやすく記載してください。）

※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７　　**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： |  |  |
| 担当者１ | 氏名：  役職：  年齢： | 経験年数：  経歴：  資格： |  |  |
| 担当者２ | 氏名：  役職：  年齢： | 経験年数：  経歴：  資格： |  |  |
| 担当者３ | 氏名：  役職：  年齢： | 経験年数：  経歴：  資格： |  |  |

※「業務実績及び特記事項」欄では、直近５年間（令和元年度から令和５年度）の実績（実施中を含む）について、直近年度を上に年度順に記載。

※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８

島健福第　　　号

令和　年　月　日

　　　　　　　　様

島本町長　　　　　　　　　㊞

**「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」に係る**

**業者の選定について**

　「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」に係るプロポーザルについて、厳正な審判の結果、貴社を選定したことをお知らせします。

様式９

島健福第　　　号

令和　年　月　日

　　　　　　　　　様

島本町長　　　　　　　㊞

**「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」に係る**

**業者の選定について**

　「第５期島本町地域福祉計画等策定業務」に係るプロポーザルについて、厳正な審判の結果、次の者の提案が選定されました。

　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：