　（様式１）

令和　　　年　　　月　　　日

プロポーザル参加申請書兼誓約書

（あて先）神戸市職員共済組合理事長

所在地（住所）

名称又は商号

代表者職氏名

「神戸市職員共済組合　特定保健指導実施業務」にかかる公募型プロポーザルについて、参加募集要項に示された内容を確認の上、必要書類を添えて参加を申請します。

なお、参加募集要項に定める参加資格の要件をすべて満たしていること、また、提出書類に記載したすべての事項について、事実と相違ないことを誓約します。

【提出書類】

□　プロポーザル参加申請書兼誓約書（様式１・本書）　　　１部

□　会社概要（パンフレット等でも可）　　　　　　　　　　７部

□　登記事項証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１部

　　（□　神戸市競争入札参加資格者名簿登録済みのため、省略）

□　プライバシーマーク、ISO/IEC27001、JISQ27001の

　　いずれかの認証取得を証する書類の写し　　　　　　　　１部

□　特定保健指導実施業務の実績報告書（様式２）　　　　　７部

　　　□　共同企業体結成届出書（様式３）【任意】 　　　　　　　７部

（担当者連結先）

役職名

担当者氏名

電話番号

メールアドレス

　（様式２）

特定保健指導実施業務の実績報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 契約期間 | 発注者 | 業務名・契約内容 |
| （例） | 令和○○年○月～○○年○月 | △△健康保険組合 | 特定保健指導実施業務 |
| 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

・１契約あたり利用終了者数50名以上の実績を記載すること

・過去３年間の実績を新しい順に記載すること

・最大10件とすること

（様式３）

令和　　　年　　　月　　　日

共同企業体結成届出書

（あて先）神戸市職員共済組合理事長

共同企業体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　所　在　地

　商　　　号

代表者氏名

　「神戸市職員共済組合　特定保健指導実施業務」にかかる公募型プロポーザルについて、共同企業体を結成し、下記のとおり代表者及び代表者の権限を構成員全員一致で定めましたので、別紙共同企業体協定書（写し）を添え、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共同  企業体 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 代　表　者 |  |
| 共同企業体の構成員  （共同企業体の代表者含む） | | 所　在　地  商　　　号  代表者氏名 |
| 所　在　地  商　　　号  代表者氏名 |
| 所　在　地  商　　　号  代表者氏名 |
| 共同企業体の成立、解散の時期及び存続期間 | | 令和　年　月　日から発注者の承認がある日まで。ただし、当共同企業体が当該業務の落札者とならなかったときは、当該業務に係る契約が締結された日に解散するものとします。また、当共同企業体の構成員の加入、脱退又は除名については、事前に神戸市職員共済組合の承認がなければこれを行うことができないものとします。 |
| 代表者の権限 | | １　入札参加申請に関する件  ２　神戸市職員共済組合との契約締結に関する件  ３　経費の請求受領に関する件  ４　その他契約に関する件 |
| その他 | | １　本届出書に基づく権利義務は他人に譲渡することはできません。  ２　代表者の権限に属する事項以外の事項については、構成員全員で構成する運営委員会において、多数決により決するものとします。 |

（様式４）

質　問　書

（質問者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称又は商号

（担当者連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 書類名称 | ページ | 項番 | 質問内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（受付期間）令和６年４月１日（月）～令和６年４月15日（月）午後５時まで

（質問方法）本書を電子メールに添付し、下記アドレスまでお送りいただくか、郵送または持参によりご提出ください。

（回答方法）令和６年４月22日（月）付で、全ての参加申請者あてに電子メールにて、参加資格通知書とあわせて回答を送付します。

（送付先）　メールアドレス：[kenshin@office.city.kobe.lg.jp](mailto:kenshin@office.city.kobe.lg.jp)

（様式５）

令和　　　年　　　月　　　日

プロポーザル参加辞退届

（あて先）　神戸市職員共済組合理事長

所在地（住所）

名称又は商号

代表者職氏名

「神戸市職員共済組合　特定保健指導実施業務」にかかる公募型プロポーザルについて、参加を申請しましたが、以下の理由により辞退します。

（理由）

（担当者連結先）

担当者氏名

電話番号

メールアドレス

（様式６）

令和　　　年　　　月　　　日

企画提案書提出届

（あて先）神戸市職員共済組合理事長

所在地（住所）

名称又は商号

代表者職氏名

　「神戸市職員共済組合　特定保健指導実施業務」参加募集要項に基づき、企画提案書及び必要書類を別添のとおり提出します。

（別添明細）

　　　　①企画提案書（様式任意）　　　　　　　　　　　正本１部、副本７部

　　　　②実施体制調書（様式７）　　　　　　　　　　　正本１部、副本７部

　　　　③見積書（様式８）　　　　　　　　　　　　　　正本１部、副本７部

　　　　④プレゼンテーション参加予定者名簿（様式９）　正本１部、副本７部

（担当者連結先）

担当者氏名

電話番号

メールアドレス

（様式７）

実施体制調書

（名称又は商号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 実務経験年数・資格 | 担当予定業務 | これまでの業務経験 |
| （例）管理責任者 | 実務経験年数  　　　　　　　　年  資格  ・  ・ | 本業務の統括 | ○○健康保険組合特定保健指導実施業務 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

・配置を予定している者全員について記入すること。

・記入欄が不足する場合は、必要に応じて欄を加えてよい。

（様式８）

見　積　書

（名称又は商号）

１　業務名

　　　神戸市職員共済組合　特定保健指導実施業務

２　金額（一人当たり）

* 動機付け支援／動機付け支援相当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　（うち、消費税　　　　　　　　　　　　　　　円）

* 積極的支援

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　（うち、消費税　　　　　　　　　　　　　　　円）

（内訳）

　動機付け支援

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 小計 |  |
| 税 |  |
| 合計 |  |

（記入例）

|  |  |
| --- | --- |
| 初回面談 | 15,000円 |
| 実績評価 | 5,000円 |
| 小計 | 20,000円 |
| 税 | 2,000円 |
| 合計 | 22,000円 |

積極的支援

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 小計 |  |
| 税 |  |
| 合計 |  |

（記入例）

|  |  |
| --- | --- |
| 初回面談 | 15,000円 |
| ２～６回目支援 | 3,000円／回 |
| 小計 | 30,000円 |
| 税 | 3,000円 |
| 合計 | 33,000円 |

（様式９）

プレゼンテーション参加予定者名簿

（名称又は商号）

「神戸市職員共済組合　特定保健指導実施業務」公募型プロポーザルに係るプレゼンテーションへの出席予定者は、下記のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属及び役職 | 氏名 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※出席予定者は２名まででお願いします。