

[様式1]

福島県後期高齢者医療広域連合 業務課給付係 金澤 宛

F A X : 0 2 4 - 5 2 1 - 0 2 5 4

E-mail : kouikirengou@fukushima.email.ne.jp

適正服薬相談事業及び適正受診指導対象者抽出業務
に係る企画提案競技に関する質問書

会社名	
担当者名	
T E L	
F A X	
E - m a i l	
質問内容	

※ 受付期限：令和2年5月26日（火）午後5時まで

※ 送付後は、確認のため、必ず業務課給付係までお電話ください。

T E L : 0 2 4 - 5 2 8 - 9 0 2 4

[様式2]

企画提案競技参加申込書

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 木幡 浩 様

申込業者名

代表者名

印

「適正服薬相談事業」及び「適正受診指導対象者抽出業務」委託契約候補者選定に係るプロポーザル方式による企画提案競技に、下記のとおり参加を希望します。

記

1 提案業務

「適正服薬相談事業」及び「適正受診指導対象者抽出業務」

2 提出書類

(1) 会社概要（様式3） 1部

(2) 誓約書（様式4） 1部

(3) 直近2年間の福島県及福島県後期高齢者医療広域連合並びに福島県内市町村からの受託実績一覧及び都道府県広域連合又は市町村からの類似業務受託実績一覧（公共機関名、受託内容、期間を明記）（1部）

申込者所在地：

担当者氏名：

担当部署：

電話：

FAX：

連絡先E-mail：

[様式3]

会社概要

会社名	
代表者職・氏名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
ホームページURL	
創業年月日	
資本金	
従業員数	
取引銀行	
担当者所属・職・氏名	
メールアドレス	
その他参考となる事項	

※ 必要項目が記載されていれば、既存資料等も可とします。

[様式4]

企画提案競技の参加に関する誓約事項

このたびの適正服薬（重複・多剤投与等）相談事業及び適正受診（重複・頻回等）指導対象者抽出業務企画提案競技の参加に当たり、次の事項に該当することを誓約します。

- 1 福島県後期高齢者医療広域連合財務規則第79条で定める者であること。
- 2 福島県後期高齢者医療広域連合財務規則第79条で定める者の内、指名停止等の入札参加資格制限中の者でないこと。
- 3 地方自治法施行令第167条の4第1項の規定に該当しない者であること。
- 4 会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続開始の申立てをした者、又は、申立てをなされた者でないこと。
- 5 法人等（個人、法人又は団体をいう。）の役員等（個人である場合はその者、法人である場合は役員、又は、支店、若しくは、営業所（常時契約を締結する事務所をいう。）の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与しているものをいう。）が暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2項に規定する暴力団をいう。）でないこと、又は、暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）でないこと。
- 6 過去2年間に国又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契約を1回以上締結し、かつ誠実に履行した者であること。

令和2年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 木幡 浩 様

所在地
会社名
代表者名

印

[様式5]

企画提案競技参加資格確認結果通知書

令和 年 月 日

提出業者名

代表者名

様

福島県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 木幡 浩

年 月 日付け企画提案競技参加申出書により申請がありました参加資格について、下記のとおり確認しましたので通知します。

記

業務名

結果： 参加資格を認めます。

結果： 参加資格を認めません。

理由：

注 参加資格がないと通知された者はその理由について説明を求めることができる。

[様式6]

企画提案競技応募書

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 木幡 浩 様

提出業者名

代表者名

印

「適正服薬相談事業」及び「適正受診指導対象者抽出業務」委託契約候補者選定に係るプロポーザル方式による企画提案競技における企画提案書等を、下記のとおり提出します。

記

1 企画提案書 原本1部 副本5部

所在地：

担当者氏名：

電話：

連絡先E-mail

[様式7]

辞 退 届

令和 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 木幡 浩 様

提出業者名
代表者名

印

下記業務に係る企画提案書を提出しましたが、都合により企画提案競技への参加を辞退します。

[様式8]

結果通知書

令和 年 月 日

提出業者名

代表者名

様

福島県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 木幡 浩

下記の業務について、貴社を契約候補者として決定しました（貴社の提案は採用されませんでした）ので、通知します。

記

業務名