

(様式第1号)

参加申込書

令和 年 月 日

医療政策課長 様

住 所
商号又は名称
代表者 氏 名

下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、資格要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

- 1 対象業務名
長野県救急安心センター（#7119）広報業務
- 2 公告日
令和5年7月14日

【連絡先】 担当者所属

氏 名
電話番号
ファックス番号
メールアドレス

(様式第1号の附表1)

参加要件具備説明書類総括書

令和 年 月 日

提出者名

1 都道府県税、消費税及び地方消費税等を滞納していないことが確認できる書類
別紙のとおり（納税証明書（未納の額がないことの証明））

2 社会保険に加入していることが確認できる書類

別紙のとおり

加入義務有・労働保険

申請日直前の労働保険概算・確定保険料申告書の控え及びこれ
により申告した保険料の納入に係る領収済通知書の写し等

・厚生年金保険、健康保険

申請日直前の保険料の納入に係る領収証書又は納入証明書の写し等

加入義務無・貸金台帳、労働者名簿、源泉所得税領収書等のうちいずれかの写し

3 当該業務の類似業務等を受託した実績及び当該実績の概要が確認できる書類

| 業 務 名 | | | |
|--------------|--|--|--|
| (1)発 注 者 名 | | | |
| (2)契 約 金 額 | | | |
| (3)履 行 期 間 | | | |
| (4)業 務 の 概 要 | | | |

- (注) 1 会社としての実績とし、記載件数は3件以内としてください。
2 実績は、公告の日から過去5年以内に履行した業務を対象とします。
3 上記実績の概要が分かる資料及び契約書の写しを添付してください。

(様式第1号の附表2)

誓 約 書

令和 年 月 日

医療政策課長 様

住 所
商号又は名称
代表者 氏 名

長野県救急安心センター（#7119）広報業務の企画提案に当たり、公募型プロポーザル方式実施公告の「2 応募資格要件」に定められた資格を満たしていることを誓約します。

(様式第2号)

業 務 等 質 問 書

提出日：令和 年 月 日

| | | | |
|--------------------|------------------------|-------|-----------|
| 発注機関名 | 医療政策課 | 公 告 日 | 令和5年7月14日 |
| 業 務 名 業 務 箇 所 名 | 長野県救急安心センター（#7119）広報業務 | | |
| 質問書提出者 | 所 在 地 | | |
| | 商号又は名称 | | |
| | 電 話 | | |
| | 担当者 所属・氏名 | | |
| 質問内容 | | | |

(注) 質問が複数・多岐にわたる場合は、適宜番号を振るなど整理して記入してください。

(様式第3号)

企 画 提 案 書

令和 年 月 日

医療政策課長 様

住 所
商号又は名称
代表者 氏 名

下記の業務について、企画提案書を提出します。

記

- 1 対象業務名
長野県救急安心センター（#7119）広報業務
- 2 公告日
令和5年7月14日

【連絡先】 担当者所属

氏 名
電話番号
ファックス番号
メールアドレス

(様式第3号の附表1)

企 画 書

令和 年 月 日

提出者名

| | | | | |
|--------------------|--|--|----|--|
| 1 業務の実施者 | 氏名 | | 住所 | |
| 2 業務の実施方針及び実施内容 | ※広報内容をターゲット層に対してアプローチする方針、#7119の適切な活用を促すための紙面の工夫、広報に使用する媒体の発信範囲・発信量の計画等について記載してください。 | | | |
| 3 各種成果物のデザイン(イメージ) | ※分かりやすい絵図や注目を集める手法等、ターゲット層の興味・関心をひく工夫等について記載してください。また、成果物のイメージ画像等を添付してください。(別添可) | | | |
| 3 業務の実施体制 | ※事業実施体制、業務スケジュール、目的の達成に向けた取組み等について記載してください。 | | | |
| 4 類似業務の実績 | | | | |
| 5 業務に要する経費 | (詳細内訳は別紙のとおり) | | | |
| 6 再委託の予定 | (再委託先) (委託業務内容) | | | |

※ 各項目のスペースは、必要に応じて拡大又は縮小して使用してください。
上記項目が網羅されていれば、独自様式の提案書でも結構です。

(様式第3号の附表1 別紙) 経費内訳

| 経費区分 | 金額 (円) | 内訳、積算根拠 |
|------|--------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 合計 | | |

(注)

- 1 消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、経費見積額の上
限は、実施公告1(7)に記載の額としてください。
- 2 管理費・諸経費等を含めてください。
- 3 上記項目が網羅されていれば、独自様式のものでも構いません(様式任意)。

(様式第4号)

見 積 書

令和 年 月 日

長野県知事 様

(提出先 医療政策課)

見積業者

住 所

商号又は名称

代表者氏名

下記のとおり見積りします。

記

| | |
|-----------|------------------------|
| 1 業 務 名 | 長野県救急安心センター（#7119）広報業務 |
| 2 業 務 箇 所 | 県内全域 |
| 3 見 積 金 額 | 円 |

(見積金額には、消費税及び地方消費税を含みません。)