

(様式1号)

企画提案競技に関する質問票  
(福祉保健業務相談対応支援システム導入業務委託)

宮崎県福祉保健課 行

[ E-mail : [fukushihoken@pref.miyazaki.lg.jp](mailto:fukushihoken@pref.miyazaki.lg.jp) ]

令和 年 月 日

質問票は、7月10日(金)午後3時までに提出してください。

団体の名称	(フリガナ) _____
(質問内容)	
担当者氏名 及び連絡先	部署名 : 担当者 : 電 話 : F A X : E - m a i l :

- 注) ・ 質問内容は、要点を簡潔に記載すること。  
また、実施要領などの資料名(ページ)などを掲げ、質問内容を明確にすること。  
・ この質問票は、電子メールで送付すること。  
・ 電子メール送信後は、確認のため、必ず福祉保健課に連絡すること。  
電 話 : 0985-26-7074

(様式2号)

令和 年 月 日

福祉保健業務相談対応支援システム導入業務委託  
企画提案競技参加申込書

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

申込者所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名

福祉保健業務相談対応支援システム導入業務委託企画提案競技への参加を希望し、下記のとおり申込みします。なお、提出書類及び添付書類の全ての記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

担当者	部署名：
	職・氏名：
	電話番号：
	FAX番号：
	メールアドレス：

注 記入欄が足りない場合は適宜、追加すること。

(様式3号)

## 会社概要

法人名					
事業内容					
会社概要	会社の概要がわかる定款、パンフレット等を添付してください。				
従業員数	名				
業務実績					
発注者名	発注者種別	契約期間	契約名	契約金額	請負種別
	1 官公庁 2 民間	~		円	1 元請 2 下請

※ 様式は適宜変更して構いません。



(様式5号)

令和 年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

申込者 所在地

商号又は名称

代表者職氏名

### 誓約書

私は、福祉保健業務相談対応支援システム導入業務委託の企画提案競技の参加に当たり、下記の参加資格の要件を全て満たしていることを誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

- 日本国内に本店又は営業所を置く者
- 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者
- 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立て、民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続の開始の申立て又は破産法（平成16年法律第75号）に基づく破産手続開始の申立てがなされていない者
- この公告の日から受託候補者を選定するまでの間に、国又は地方公共団体から入札参加資格停止の措置を受けていない者
- 都道府県税に未納がない者
- 宮崎県暴力団排除条例（平成23年条例第18号）第2条第1号に規定する暴力団又は代表者及び役員が同条例第4号に規定する暴力団関係者でない者
- 地方税法（昭和25年法律第226号）第321条の4及び各市町村の条例の規定により個人住民税の特別徴収義務者とされている法人にあつては、従業員等の個人住民税について特別徴収を実施している者又は特別徴収を開始することを誓約した者
- 本業務について、十分な業務遂行能力を有し、過去5年以内に本業務委託と同種、同規模以上の業務の実績を有する者

(様式6号)

概要

1 主な類似業務の実績について

・〇〇業務委託：業務の概要（\_\_\_\_\_）

発注者：△△

契約金額：\_\_\_\_\_円

期間：令和〇年〇月～令和〇年〇月

2 業務実施体制について

<人員について>

担当者〇名（うち責任者1名）

① 職・氏名（責任者）

（委託業務上の役割：×××）（所持資格：△△△）

② 職・氏名

（委託業務上の役割：〇〇〇）（所持資格：△△△）

<秘密保持体制について>

※秘密保持に関する組織内体制や規約等を示してください。

3 業務管理について

○ スケジュール

業務分析：×月△日～△月×日

各事業ヒアリング実施：〇月〇日～〇月〇日

業務分析結果共有：〇月〇日まで

業務改善案：×月△日～△月×日

改善案提案：〇月〇日まで