

(様式1)

年 月 日

小田原市長 あて

誓約書

小田原市国民健康保険特定保健指導業務プロポーザルに参加するに当たり、実施要領の「4 参加資格」に記載されている要件をすべて満たしていることを誓約します。

住所又は
事業所所在地

商号又は名称

代表者職氏名

⑤

(様式2)

年 月 日

小田原市長 あて

所在地

会社名

代表者

㊞

参加申込書

次のとおり参加を申し込みます。

- | | |
|----------|------------------------|
| 1 業務名 | 小田原市国民健康保険特定保健指導業務 |
| 2 入札参加資格 | 小田原市における競争入札参加資格 あり・なし |
| 3 添付書類 | |

【連絡先】

所 属

氏 名

電話番号

FAX 番号

E -mail

(様式3)

特定保健指導業務における業務受託実績書

年 月 日

小田原市長 あて

〒

所在地

商号または名称

代表者職
氏名

印

特定保健指導業務に関連する過去の受託実績

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

この実績に記載したものは、事実と相違ないことを誓約いたします。
※記載した事業の契約書等概要が確認できる書類の写しを添付してください。
※1件以上記載すること。必要な場合は継続様式により提出してください。枚目／ 枚

特定保健指導業務における業務受託実績書(継続)

特定保健指導業務に関連する過去の受託実績

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

受託事業件名			
発注者			
実施地域		契約金額	
契約期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
内容、特徴等			

この実績に記載したものは、事実と相違ないことを誓約いたします。

枚目／ 枚

(様式4)

質 問 書

年 月 日

小田原市長 あて

〒

所在地
商号または名称
代表者職・氏名

担当者氏名
電話番号
E メールアドレス

「小田原市国民健康保険特定保健指導業務プロポザール」について次のとおり
質問します。

質問内容	該当番号 (仕様書項目番号等)

以 上

(様式6)

企画提案書表紙

年 月 日

小田原市長 あて

小田原市国民健康保険特定保健指導業務プロポーザルについて、企画提案書を提出いたします。

法人名				
代表者職・氏名	㊟			
所在地	〒			
連絡担当者	役職		氏名	
	所属部署			
	所在地	〒		
	連絡先	電話		F A X
メール				

(様式7)

実 施 体 制 調 書

	事業所名（会社名）	所属・役職	氏 名	役 割
総 括 責 任 者				
主 要 担 当 者				
担 当 者				
連 携 事 業 者				
取 組 体 制 図				
体制のアピール ポ イ ン ト				