【様式１】

令和　　年　　月　　日

みなかみ町長　宛

所在地

名　称

代表者

**参加表明書**

第１０期みなかみ町高齢者保健福祉計画策定に係るアンケート調査等実施業務の公募型プロポーザルへの参加を表明します。なお、添付書類の内容については真実と相違ないこと及び実施要領に示す参加資格要件のすべてを有することを誓約します。

記

１　添付書類

（１）会社概要書（様式２）

（２）類似契約実績書（様式３）及び契約書の写し等の履行実績を証する書類

（３）みなかみ町暴力団排除条例施行に伴う誓約書（様式４）

（４）財務諸表（写し可。直近１事業年度分）

（５）貸借対照表、損益計算書（法人のみ）

　※（４）、（５）について、本町の入札参加有資格者名簿登載事業者の場合は不要。

【様式２】

**会社概要書**

１ 本社本店

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 | フリガナ |
|  |
| 代表者名  （職・氏名） | フリガナ |
|  |
| 所在地 | 〒 |
| 業務内容 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| ホームページURL |  |

２ 業務実施支社、支店、営業所

※本社本店が業務実施の場合は、所在地欄にのみ「全て同上」と記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 | フリガナ |
|  |
| 代表者名  （職・氏名） | フリガナ |
|  |
| 所在地 | 〒 |

３ 従業員数

※本社本店が業務実施の場合は、業務実施支社、支店、営業所欄は記載不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 技術系 | 事務系 | 合計 |
| 本社本店 | 人 | 人 | 人 |
| 業務実施支社、支店、営業所 | 人 | 人 | 人 |

４　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 役職 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

【様式３】

**類似契約実績書**

法人名称

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ２ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ３ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ４ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ５ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |

※令和２年度以降に委託を受けた高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定支援業務の完了実績を記載してください。

※記入欄が不足する場合は、適宜、拡大又は追加してください。

※業務完了しているものに限ります。詳しくは審査基準のとおりです。

誓 　約　 書

【様式４】

私は、みなかみ町がみなかみ町暴力団の排除等に関する条例に基づき、公共工事その他の町の事務事業により暴力団を利することとならないように、暴力団員及び暴力団密接関係者を入札、契約から排除していることを承知したうえで、下記事項について誓約します。

記

１　私は、みなかみ町の公共工事等を受注するに際して、みなかみ町暴力団の排除等に関する条例第２条に規定する暴力団員及び暴力団密接関係者のいずれにも該当しません。

２　私は、本誓約書１の該当の有無を確認するため、みなかみ町から役員名簿等の提出を求められたときは、速やかに提出します。

３ 私は、本誓約書及び役員名簿等がみなかみ町から群馬県警察本部に提供されることに同意します。

４　私が本誓約書１に該当する事業者であるとみなかみ町が群馬県警察本部から通報を受け、又はみなかみ町の調査により判明した場合は、みなかみ町がみなかみ町暴力団の排除等に関する条例及びみなかみ町公共工事等及び売払い等の契約における暴力団排除措置要領に基づき、その旨を公表することに同意します。

５　私はみなかみ町暴力団の排除等に関する条例第６条第２項に規定により下請負人等を使用する場合は、これら下請負人等から誓約書を徴し、当該誓約書をみなかみ町に提出します。

６　私の使用する下請負人等が、本誓約書１に該当する事業者であるとみなかみ町が群馬県警察本部から通報を受け、又はみなかみ町の調査により判明し、みなかみ町から下請契約等の解除又は２次以降の下請負に係る契約等の解除の指導を受けた場合は、当該指導に従います。

みなかみ町長 　宛

令和 　　年 　　月 　　日

・所在地

・事業者名

・代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　（契約締結時に押印する代表者印と同じ）

・代表者の生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

【様式５】

令和　　年　　月　　日

みなかみ町長　宛

参加者番号

所在地

名　称

代表者

**提案書**

令和　　年　　月　　日付、み町福発第　　　　号により通知がありました「第１０期みなかみ町高齢者保健福祉計画策定に係るアンケート調査等実施業務」のプロポーザルに係る提案書について、下記の書類を添えて提出します。

記

１　契約件名

第１０期みなかみ町高齢者保健福祉計画策定に係るアンケート調査等実施業務

２　添付書類

（１）企画書

（２）見積書及び年度別内訳書

（３）工程計画表

（４）業務実施体制調書（様式６）

（５）業務責任者実績書（様式７）

３　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 役職 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

【様式６】

**業務実施体制調書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **役　割** | **氏名・役職** | **実務経験年数・資格** | **担当する**  **業務内容** | **現在の手持ち**  **業務件数** |
| 業務責任者 | 氏名  役職 | 実務経験年数　　年  資格  ・  ・  ・  ・ |  |  |
| 業務担当者A | 氏名  役職 | 実務経験年数　　年  資格  ・  ・  ・  ・ |  |  |
| 業務担当者B | 氏名  役職 | 実務経験年数　　年  資格  ・  ・  ・  ・ |  |  |
| 業務担当者C | 氏名  役職 | 実務経験年数　　年  資格  ・  ・  ・  ・ |  |  |
| 業務担当者D | 氏名  役職 | 実務経験年数　　年  資格  ・  ・  ・  ・ |  |  |

* 配置を予定している者全員について記入してください。
* 記入欄が不足する場合は、適宜、拡大又は追加してください。

【様式７】

* **業務責任者実績書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ２ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ３ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ４ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ５ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

* ※業務責任者実績書は、令和２年度以降の実績を記載してください。
* ※実績欄は、適宜、拡大又は追加してください。

【様式８】

　　　令和　　年　　月　　日

みなかみ町長　宛

**質疑書**

　第１０期みなかみ町高齢者保健福祉計画策定に係るアンケート調査等実施業務に関する提案募集に関し、以下の事項について質問します。

法人名

代表者氏名

所在地

担当者氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス番号

メールアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| **質疑項目** | **質 疑 内 容** |
|  |  |

※ 質問欄は、適宜、拡大又は追加してください。ただし、質問は簡潔にお願いします。

※ 回答書には原文のまま掲載しますので、誤字、脱字に注意してください。

受付期間　令和７年６月２５日（水）から７月２日（水）午後5時１５分まで

提出先　　みなかみ町役場　町民福祉課　高齢介護係

　　　　　メールアドレス：office-kaigo＠town.minakami.gunma.jp

【様式９】

令和　　年　　月　　日

みなかみ町長　宛

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

**参加辞退届**

第１０期みなかみ町高齢者保健福祉計画策定に係るアンケート調査等実施業務の公募型プロポーザルについて提案参加表明をいたしましたが、都合により参加を辞退します。