【様式１】

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託

【公募型プロポーザル質問票】

令和　　年　　月　　日

**質　問　票**

１ 質問者

事業者(共同企業体)名：

担当者職・氏名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

Ｅ－ｍａｉｌ：

２ 質問事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項 目 |  |  |
| 内 容 |  |  |
| 項 目 |  |  |
| 内 容 |  |  |
| 項 目 |  |  |
| 内 容 |  |  |

※送付先 石川県健康福祉部厚生政策課　福祉人材・サービスグループ

〒920-8580 石川県金沢市鞍月１丁目１番地　石川県行政庁舎9階

TEL 076-225-1419 （直通）FAX 076-225-1409

メールアドレス：fukushijinzai@pref.ishikawa.lg.jp

【様式２】

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託

【公募型プロポーザル参加申込書】

令和　　年　　月　　日

石川県知事　馳　浩　様

　福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領及び仕様書の内容を了解し、募集に参加したいので関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　単独企業の場合 |  |  |  |
|  | 事業者名 | 　 |
|  | 代表者職氏名 | 　 |
|  | 所在地 | 　 |
|  |  |  |  |  |
| ２　共同企業体の場合（記入欄が不足した場合は記入欄を追加し、全ての共同企業体構　成企業について記載してください。） |
|  | 共同企業体名 | 　 |
|  | 代表構成員名 | 　 |
|  | 代表者職氏名 | 　 |
|  | 所在地 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  | 構成員名 | 　 |
|  | 代表者職氏名 | 　 |
|  | 所在地 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  | 構成員名 | 　 |
|  | 代表者職氏名 | 　 |
|  | 所在地 | 　 |
|  |  |  |  |  |
| ３　担当者連絡先 |  |  |  |
|  | 事業者名 | 　 | 部署名 | 　 |
|  | 役職名 | 　 | 氏名 | 　 |
|  | 郵便番号 | 　 | 所在地 | 　 |
|  | 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
|  | メールアドレス | 　 |

【様式３】

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託

【公募型プロポーザル誓約書】

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

石川県知事　馳　浩　様

事業者名：

所在地：

代表者職氏名：

　以下の資格要件は、事実と相違ないことを誓約します。

（１）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であること。

（２）本プロポーザル実施に係る告示開始日から実施要領に記載する企画提案書の提出期限の日までにおいて、石川県競争入札参加資格の停止期間中でないものであること。

（３）会社更生法（平成１４年法律第１５４号）に基づく更生手続き開始の申立て及び民事再生法（平成１１年法律第２２５号）に基づく再生手続き開始の申立てがなされていない者であること。

（４）次のアからオまでのいずれにも該当しない者であること。

ア　役員等（個人である場合にはその者を、法人である場合にはその役員又はその支店若しくは常時契約を締結する事務所を代表する者をいう。以下同じ。）が暴力団員（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６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）である者

イ　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第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員が経営に実質的に関与している者

ウ　役員等が自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員の利用等をしている者

エ　役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

オ　役員等が暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（５）企画提案書の提出期限の日までに納期が到来する国税及び都道府県税を滞納していないものであること。

【様式４】

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託

【公募型プロポーザル会社概要及び業務実績】（共同企業体の場合は構成員ごとに提出）

１　会社概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所等所在地 | 〒 |
| 商号または名称 | （フリガナ） |
|  |
| 代表者職名・氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 業種 |  |
| 従業員数 |  |
| 主な事業内容 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| E-mail |  |

２　業務実績

令和２年度から令和６年度に遂行した本業務の類似業務の主な受注実績を記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 発注者 | 業務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※留意事項　直近３カ年（令和４～６年度）の決算書を提出すること。

定款、役員名簿等も提出すること。

【様式５】

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託

【公募型プロポーザル参加辞退届】

令和　　年　　月　　日

石川県知事　馳　浩　様

事業者名：

所在地：

代表者職氏名：

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託に係る公募型プロポーザルに参加申し込みをしましたが、都合により辞退します。

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

※送付先 石川県健康福祉部厚生政策課厚生政策課　福祉人材・サービスグループ

〒920-8580 石川県金沢市鞍月１丁目１番地　石川県行政庁舎9階

TEL 076-225-1419 （直通）FAX 076-225-1409

メールアドレス：fukushijinzai@pref.ishikawa.lg.jp

【様式６】

福祉研修オンデマンド化検討事業業務委託

【公募型プロポーザル企画提案書提出】

令和　　年　　月　　日

石川県知事　馳　　浩　様

所在地

事業者名

代表者職氏名

福祉研修オンデマンド化検討事業業務に係る企画提案書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属・職・氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| E-mail |  |