

様式 1

参加申込書

令和 年 月 日

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

住 所

事業者名

代 表 者

㊞

件名：盛岡市データヘルス計画策定支援（分析）業務

上記業務の簡易型プロポーザルに参加いたしますので、資料を添えて申し込みます。

担 当 者	
所属部署名	
担当者名	
電話番号	
ファックス番号	
E-Mail	

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

住 所

事業者名

代 表 者

㊟

誓 約 書

盛岡市データヘルス計画策定支援（分析）業務の簡易型プロポーザル参加申込にあたり、地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 に該当しないことを誓います。

また、この申込書及び添付書類のすべての記載事項は事実と相違ないこと、参加要件を満たしていることを誓約します。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

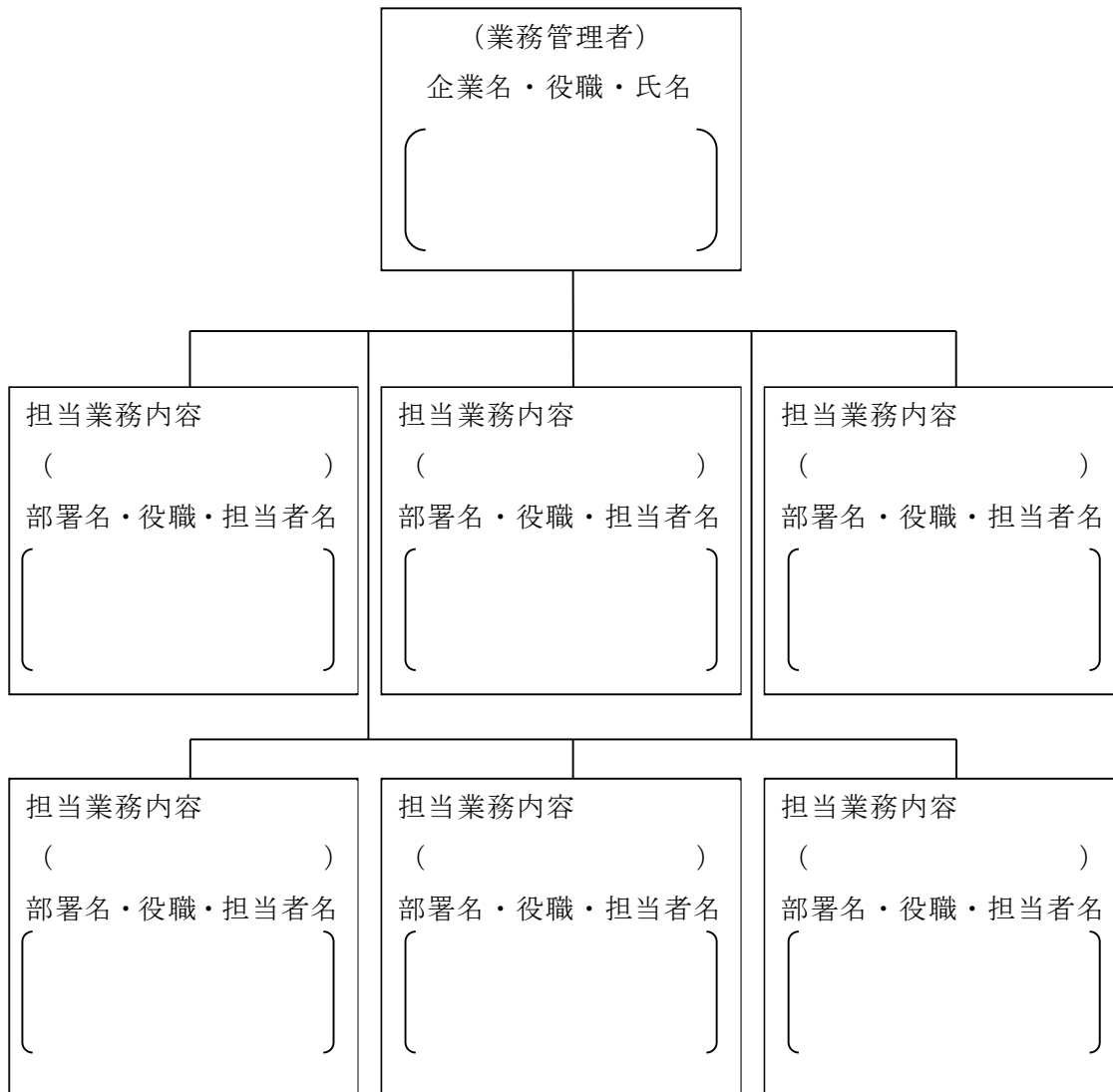
企 業 概 要

商号又は名称		
設立年月		
本店所在地		
資本金		
代表者役職・氏名		
事業概要		
職員数		
国内営業拠点数		
本業務の担当部署	担当部署名	
	担当者名	
	所在地	
	電話・FAX	
	電子メール	
備考等		

※本様式については、適宜項目を追加して差し支えない。

委 託 業 務 の 実 施 体 制

(1) 体制図 (例示)



(2) 担当予定者

\	部署名 (役職)	氏名 (年齢)	担当業務内容
業務管理者			
担当者			
担当者			
担当者			
担当者			
担当者			

※本様式については、適宜加除修正して差し支えない。

類似の受診勧奨業務の実績

NO	契約実績	
	契約相手	契約業務の概要
1		
2		
3		

- ・ 4つ以上ある場合は、以下の優先順位により主なもの（対象者数が多いもの、実施前の年度の受診率が高いもの）を3つまで記載すること。

第1位 市町村国民健康保険の特定健康診査

第2位 市町村が実施する特定健康診査以外の健診または検診（がん検診等）

第3位 市町村以外が実施する健診または検診

- ・ 健診対象者数や受診率は、法定報告の値とする。

質 問 書

令和 年 月 日

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

【提出者】

事業者名

【担当者】

氏 名

電 話

E-Mail

件名：盛岡市データヘルス計画策定支援（分析）業務

質 問 項 目	質 問 要 旨

辞 退 届

令和 年 月 日

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

住 所

事業者名

代 表 者

印

電話番号

件名：盛岡市データヘルス計画策定支援（分析）業務

令和 年 月 日付で参加の申し込みを行った上記業務に係る簡易型プロポーザルについて、参加を辞退したく届け出ます。