様式第1号

参加表明書

令和　　年　　月　　日

愛媛県知事　中村　時広　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

愛媛県精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証交付事務システム開発構築業務委託の技術提案に参加したいので、「愛媛県精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証交付事務システム開発構築業務委託公募型プロポーザル手続等に関する説明書」に基づき、申し込みます。

また、同説明書に規定する資格要件に該当することを誓約します。

記

（下記事項を記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本件に関する問合せ先  (担当者) | 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 県の入札参加資格登録台帳への登録状況 | □　令和５・６・７年度台帳に登録済み  □　未登録なので、技術提案書提出時までに登録予定  （注）上記いずれかの□を塗りつぶしてください。 |
| 地方自治法施行令第167条の４規定関係 | □　地方自治法施行令第167条の４の規定に該当しないことを確約する  （注）上記の□を塗りつぶしてください。 |
| プライバシーマーク付与認定又はISO27001認証の状況 | □　プライバシーマーク付与認定済（　　年　月　日）  □　ISO27001認証済（ 　年　月　日）  （注）上記の□を塗りつぶして認定(認証)状況を示すとともに、証明書類（写し）を添付してください。 |
| 受託実績 | □　地方自治体又はその他団体（公的企業、独立行政法人）における受託実績が有（公告日から過去10年間に限る）  （注）上記の□を塗りつぶして受託実績状況を示すとともに、契約書・仕様書（写し）、公表資料等で時期、規模、実施体制及び内容が確認できる書類を添付してください。 |

（会社（法人）概要を添付のこと　※パンフレット・ホームページのコピー可）

商号または名称や住所、代表者、設立年月日、資本金、年間売上高、従業員数、主な業務内容等についてＡ４版２頁程度にまとめたもの。支社、営業所にあっては、営業歴を記載すること。

様式第２号

辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　愛媛県知事　中村 時広　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

　愛媛県精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証交付事務システム開発構築業務委託に係る技術提案について、参加を辞退します。

様式第３号

技術提案質問票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

愛媛県精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証交付事務システム開発構築業務委託について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号または名称 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問件名 |  |
| 質問内容 |  |

様式第４号

技術提案提出書

令和　年　月　日

　愛媛県知事　中村 時広　様

所　在　地

商号又は名称

代表者氏名

　愛媛県精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証交付事務システム開発構築業務委託について、下記の書類を添えて技術提案書を提出します。

記

技術提案書（様式任意。ただし、Ａ４判片面印刷で50頁以内（目次を除く。）を目安とする。）