福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザル関連様式集

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出 | 様式番号 | 様　　式　　名　　称 | 提出時期 |
| 要 | 様式第１号 | プロポーザル参加申込書 | 参加申込時 |
| 要 | 様式第２号 | プロポーザル参加申込書等提出書類確認表 | 〃 |
| 要 | 様式第３号 | 参加資格要件に関する誓約書 | 〃 |
| 要 | 様式第４号 | 誓約書 | 〃 |
| 該当する場合 要 | 様式第５号 | 参加申込書送付確認書 |  |
| 該当する場合要 | 様式第６号 | プロポーザル参加辞退届 |  |
| ※ | 様式第７号 | プロポーザル参加要請書　 | ※提出不要 |
| ※ | 様式第８号 | プロポーザル参加資格審査結果通知書　 | ※提出不要 |
| 要 | 様式第９号 | 業務提案書等提出書類確認表 | 業務提案書等提出時 |
| 要 | 様式第１０号 | 業務提案提出書 | 〃 |
| 要 | 様式第１１号 | 業務提案書（正本用表紙） | 〃 |
| 要 | 様式第１２号 | 業務提案書（副本用表紙） | 〃 |
| 要 | 様式第１３号 | 会社概要調書 | 〃 |
| 要 | 様式第１４号 | 経営状況等調査表 | 〃 |
| 要 | 様式第１５号 | 業務実績表 | 〃 |
| 要 | 様式第１６号 | 情報セキュリティ等に関する公的認証の取得状況等調書 | 〃 |
| 要 | 様式第１７号 | 業務提案見積書 | 〃 |
| 要 | 様式第１８号 | 積算内訳書 | 〃 |
| 該当する場合 要 | 様式第１９号 | 業務提案書送付確認書 |  |
| 該当する場合 要 | 様式第２０号 | プロポーザル質問書 |  |
| ※ | 様式第２１号 | プレゼンテーション及びヒアリング参加要請書　 | ※提出不要 |
| 要 | 様式第２２号 | プレゼンテーション及びヒアリング出席者報告書　 | 様式第21号による参加要請後 |
| ※ | 様式第２３号 | プロポーザル選定結果通知書　 | ※提出不要 |
| ※ | 様式第２４号 | プロポーザル非選定結果通知書　 | ※提出不要 |

様式第１号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　㊞

プロポーザル参加申込書

平成２９年８月７日付で公示のありました福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルに参加したいので、参加資格審査に必要な書類を添えて申し込みます。

記

１．添付書類

1. プロポーザル参加申込書等提出書類確認表（様式第２号）
2. 参加資格要件に関する誓約書（様式第３号）
3. 会社のパンフレット等
4. 法務局が発行する法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書及び定款
5. 誓約書（様式第４号）
6. 受託実績を証する契約書の写し（任意の一契約）、又は事業実績を証明する書類

の写し

1. 国税・都道府県税・市（区）町村税に滞納がないことの証明書
2. プライバシーマーク等の情報セキュリティ関連認証を取得していることを証明

できる書類の写し、又は個人情報保護方針の写し

２．連絡先等

1. 住所又は所在地　〒
2. 担当者所属等
3. 担当者職・氏名
4. 電話番号
5. ＦＡＸ番号
6. E-mailアドレス

様式第２号

プロポーザル参加申込書等提出書類確認表

|  |
| --- |
| 住所又は所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者所属・職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 提出書類の種類 | 提出書類 | 形態 | 提出部数 | 確認欄 |
| 参加者 | 事務局 |
| ファイルに綴じる | ① | プロポーザル参加申込書等提出書類確認表（様式第２号） | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ② | プロポーザル参加申込書（様式第１号） | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ③ | 参加資格要件に関する誓約書（様式第３号） | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ④ | 会社のパンフレット等 | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑤ | 法務局が発行する法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書及び定款 | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑥ | 誓約書（様式第４号） | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑦ | 受託実績を証する契約書（任意の一契約）又は事業実績を証明する書類の写し | 必須 | 写し | １ |  |  |
| ⑧ | 所轄税務署発行の課税に滞納がないことの証明書 | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑨ | 都道府県税事務所発行の課税に滞納がないことの証明書 | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑩ | 市（区）町村発行の課税に滞納がないことの証明書　 | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑪ | プライバシーマーク等の情報セキュリティ関連認証を取得していることを証明できる書類の写し、又は個人情報保護方針の写し | 必須 | 写し | １ |  |  |

※ 提出前には、確認表で必要書類が揃っているか、必ず確認してください。

※ 参加者の確認欄に必ずチェックしてください。

※　参加申込書類の先頭の提出書類にこの確認表を添付し、すべての書類を記載された番号順にファイルし、不足・不備等がないよう提出してください。なお、書類ごとにインデックスを貼ってください。

※　証明書については、各発行官公署等において定めた様式で発行されたもので、公示日以降に証明されたものに限ります。

様式第３号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

参加資格要件に関する誓約書

福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルへの参加にあた

り、募集要領の参加資格要件に定めるすべての要件を満たしていることを誓約いたします。

|  |
| --- |
| 参　加　資　格　要　件 |
| ① 地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４に該当しない者であること。 |
| ② 国税、都道府県税及び市（区）町村税を滞納していない者であること。 |
| ③ 手形交換所による取引停止処分、主要取引先からの取引停止等の事実があり、経営状態が著しく不健全であると認められる者でないこと。 |
| ④ 会社更生法（平成１４年法律第１５４号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成１１年法律第２２５号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。 |
| ⑤ 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条に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は法人であってその役員が暴力団員である者でないこと。 |
| ⑥　官公庁において、電話受付、問い合わせ対応などコールセンター業務を、過去５年以内において１年以上継続して受託した実績又は事業実績を有する者であること。 |
| ⑦　プライバシーマーク等の情報セキュリティ関連認証を取得している者であること、又は個人情報保護方針を定めている者であること。 |

様式第４号

誓　　約　　書

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　私は、福岡県後期高齢者医療広域連合の事務又は事業により暴力団を利することとならないように、暴力団員はもとより、暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者を入札、契約から排除していることを認識したうえで、下記事項について、誓約いたします。

　なお、これらの事項に反する場合、契約の解除等、貴職が行う一切の措置について異議の申し立てを行いません。

記

１　次の各号のいずれにも該当しません。

1. 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（平成３年法律第７７号。（以下「暴対法」という。）第２条第２号の暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等（暴対法第２条第６号の暴力団員及び暴力団の構成員とみなされる者をいう。以下同じ。）であるとき。
2. 役員等(役員として登記又は届出がされていないが、事実上経営に参画しているものを含む。以下同じ。)が暴力団員等となっているとき。
3. 暴力団員等であることを知りながら、暴力団員等を雇用し、又は使用しているとき。
4. 暴力団又は暴力団員等であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結したとき。
5. 暴力団員等である事実を知らずに、暴力団員等を雇用している場合又は暴力団若しくは暴力団員等である事実を知らずに、その者と下請契約もしくは資材、原材料の購入契約を締結した場合であって、当該事実の判明後すみやかに、解雇に係る手続きや契約の解除など適正な是正措置を行わないとき。
6. 自社、自己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与える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用したとき。
7. 暴力団又は暴力団員等に経済上の利益又は便宜を供与したとき。
8. 役員等又は使用人が、個人の私生活上において、自己若しくは第三者の不正の利益を図る目的若しくは第三者に損害を与える目的をもって、暴力団若しくは暴力団員等を利用したとき、又は暴力団若しくは暴力団員等に経済上の利益若しくは便宜を供与したとき。
9. 役員等又は使用人が、暴力団又は暴力団員等と密接な交際を有し、又は社会的に非難される関係を有しているとき。

２　前項各号に該当する事由の有無の確認のため、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。

 　　　　 第１項第９号の解釈について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　「密接な交際」とは、例えば友人又は知人として、会食、遊技、旅行、スポーツ等 |
|  | 　を共にするなどの交遊をしていることである。 |
|  | 　「社会的に非難される関係」とは、例えば暴力団員等を自らが主催するパーティその他 |
|  | 　の会合に招待するような関係又は暴力団員等が主催するパーティその他の会合に出席する |
|  | 　ような関係である。 |

様式第５号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書送付確認書

下記のとおり、福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルに参加するため、参加申込書類等を書留等にて送付しましたので、ご査収ください。

記

|  |
| --- |
| **書留・配達記録郵便受領証（お客様控え）を****添付してください。** |

※ 参加申込書等を郵送後、ＦＡＸ（０９２－６５１－３１２０）により福岡県後期高齢者医療広域連合　総務課　企画財政係まで送付してください。

　※ 送付状は不要です。

様式第６号

　　　平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

プロポーザル参加辞退届

平成　　年　　月　　日付けで申込みました福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルへの参加を辞退いたします。

連絡先等

（１）住所又は所在地　　〒

（２）担当者所属等

（３）担当者職・氏名

（４）電話番号

（５）ＦＡＸ番号

（６）E-mailアドレス

様式第９号

業務提案書等提出書類確認表

|  |
| --- |
| 住所又は所在地　　　　　商号又は名称　　　　　　代表者職氏名　　　　　　担当者所属・職氏名　　　電話番号　　　　　　　　　 |
| 提出書類の種類 | 提出書類 | 形態 | 提出部数 | 確認欄 |
| 参加者 | 事務局 |
| ファイルに綴じる | 1 | 業務提案書等提出書類確認表（様式第９号） | 必須 | 正本 | １ |  |  |
| 2 | 業務提案提出書（様式第１０号） | 必須 | 正本 | １ |  |  |
| 3 | 業務提案書（正本用表紙：様式第１１号、副本用表紙：様式第１２号） | 必須 | 正本 | １ |  |  |
| 副本 | ７ |  |  |
| 4 | 業務提案書（業務提案書の内容①から⑪までを記載したもの） | 必須 | 正本 | １ |  |  |
| 副本 | ７ |  |  |
| 業務提案書の内容 | ① 会社概要及び財務状況会社概要調書（様式第１３号）、経営状況等調査表（様式第１４号）、直近２ヶ年の会計年度における貸借対照表及び損益計算書 |  |  |
| ② 受託実績又は事業実績業務実績表（様式第１５号） |  |  |
| ③　業務実施方針 |  |  |
| ④ 業務実施体制 |  |  |
| ⑤ 電話受付業務に関する考え方 |  |  |
| ⑥ 研修体制に関する考え方 |  |  |
| ⑦ 個人情報保護に関する考え方 |  |  |
| ⑧ 後期高齢者医療制度に関する理解度 |  |  |
| ⑨ 防災、災害及び緊急時対応等危機管理に関する考え方 |  |  |
| ⑩ その他業務提案 |  |  |
| ⑪ 公的認証取得等状況情報セキュリティ等に関する公的認証の取得状況等調書（様式第１６号）、公的認証の写し、個人情報保護方針の写し |  |  |
| ファイルに綴じない | ５ | 業務提案見積書（様式第１７号）【封筒に封かん、封印】 | 必須 | 正本 | １ |  |  |
| ６ | 積算内訳書（様式第１８号）【業務提案見積書に同封】 | 必須 | 正本 | １ |  |  |
| ７ | 上記４の業務提案書（業務提案書の内容①から⑪までを記載したもの）を保存した電子媒体（マイクロソフト社ワード又はエクセルで作成したＣＤ－Ｒ又はＤＶＤ－Ｒ） | 必須 | 正本 | １ |  |  |

※ 提出前には、確認表で必要書類が揃っているか、必ず確認してください。

※ 参加者の確認欄に必ずチェックしてください。

業務提案書類の先頭の提出書類にこの確認表を添付し、すべての書類を記載された番号順にファイルし、不足・不備等がないよう提出してください。なお、書類ごとにインデックスを貼ってください。

様式第１０号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

業務提案提出書

福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルについて、「福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託」に係る公募型プロポーザル募集要領を遵守するとともに、添付書類等の記載事項が事実と相違ないことを誓約し、別添の業務提案書を提出いたします。

記

１．提出日　　　平成　　年　　月　　日

２．提出部数　　正本　１部　　副本　７部

連絡先等

（１）住所又は所在地　　〒

（２）担当者所属等

（３）担当者職・氏名

（４）電話番号

（５）ＦＡＸ番号

（６）E-mailアドレス

様式第１１号

**業　務　提　案　書**

|  |
| --- |
| **公募型プロポーザル方式****福岡県後期高齢者医療広域連合****コールセンター運営業務委託** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印

１．事業者名

２．提出日　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日

３．提出部数　　　　　　　　　　正本　１部

様式第１２号

**業　務　提　案　書**

|  |
| --- |
| **公募型プロポーザル方式****福岡県後期高齢者医療広域連合****コールセンター運営業務委託** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印

１．提出日　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日

２．提出部数　　　　　　　　　　副本　７部

（通し番号　第　　　　／　７　部）

様式第１３号

会社概要調書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 商号又は名称 |  |
| 　設立年月日　　　　　　　　 |  |
| 1.本　社　 |
| 郵便番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職名 |  | 電話番号 |  |
| 代表者氏名 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 2.支店等（契約締結権を支店等に委任する場合のみ記入） |
| 郵便番号 |  |  |  |  |  |
| 支店等名称 |  | (会社名は不要) |
| 所在地 |  |
| 支店長等職名 |  | 電話番号 |  |
| 支店長等氏名 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 総従業員数 |  |
| 総事業所数 |  |
| 福岡市内の事業所の有無 | 本社　　　有　・　無 | 支社・支店・営業所等　　　　有　・　無 |
| 資本金 |  |
| 自己資本額 |  |
| 事業内容 |  |

３．連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 |  |  | 電話番号 |  |
| 所属部署名 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者職氏名 |  | Ｅ‐mail |  |

様式第１４号

経営状況等調査表

貸借対照表（千円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 直近２年決算時 | 直近１年決算時　　　 |  | 直近２年決算時　　　 | 直近１年決算時　　　　　　 |
| 総 資 産 | 【流動資産】 |  |  | 総資本 | 【流動負債】 |  |  |
| 【固定資産】 |  |  | 【固定負債】 |  |  |
| 有形固定資産 |  |  | 社債等  |  |  |
| 無形固定資産 |  |  | 長期借入金 |  |  |
| 投資その他等 |  |  | 引当金等 |  |  |
| 繰延資産 |  |  | **負債合計** |  |  |
|  |  |  | 資本金 |  |  |
|  |  |  | 資本準備金 |  |  |
|  |  |  | 利益剰余金 |  |  |
|  |  |  | **純資産合計** |  |  |
| **資産合計** |  |  | **負債及び純資産合計** |  |  |

損益計算書（千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 直近２年決算時 | 直近１年決算時 |
| 売上高 |  |  |
| 売上原価 |  |  |
| 売上総利益 |  |  |
| 販売費及び一般管理費 |  |  |
| 営業利益 |  |  |
| 営業外収益 |  |  |
| 営業外費用 |  |  |
| 経常利益 |  |  |  |
| 特別利益 |  |  |  |
| 特別損失 |  |  |  |
| 税引前当期利益 |  |  |  |
| 税引後当期利益 |  |  |  |

様式第１５号

業　務　実　績　表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業　務　名 | 発注者名または事業主体 | 契約金額(千円) | 受託期間または事業実施期間 | 人　口（規模） | 業　務　内　容（該当事業に○を付けてください） |
| 後期高齢者医療事業 | 国民健康保険事業 | その他の保険事業 | その他 |
| １ |  |  |  | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  | 平成　年　月　日から平成　年　月　日まで |  |  |  |  |  |

※　過去５年間において、１年以上継続して受託又は実施した事業のうち、主要な事業の実績を記載してください。

なお、記載する事業数は、５事業以内とします。

※　記載した受託実績の契約書の写し又は事業実績を証明できる書類の写しを添付してください。

様式第１６号

情報セキュリティ等に関する公的認証の取得状況等調書

|  |
| --- |
| １．情報セキュリティ等に関する公的認証 |
| 認証名称 | 取得年月 | 認証番号 | 認証の内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ２．個人情報保護方針の策定状況　 |
| 名　　称 | 策定年月 | 主な内容 |
|  |  |  |

※ 取得認証については、認定書・付属書の写しを添付してください。

※　個人情報保護方針については、その写しを添付してください。

様式第１７号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

業務提案見積書

平成３０年度から平成３３年度まで当該業務を引き続き行うことを積算条件として、下記のとおり提案見積書を提出いたします。

　なお、年度ごとの内訳は、別添積算内訳書のとおりです。

記

１　委託業務名　　　　福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託

２　業務執行場所　　　福岡県福岡市博多区千代四丁目１番２７号

　　　　　　　　　　　福岡県自治会館　４階　執務室

３　提案見積価格

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提 案見積価格 |  | 　億 | 千万 | 百万 |  | 拾万 | 　万 | 　千 |  | 　百 | 　拾 | 　円 |

※ 価格は、消費税及び地方消費税を含まない見積価格とし、価格の先頭に「￥」マークを記載すること。

※ 価格は、業務委託期間（４年間）の合計を記載すること。

様式第１８号

積　算　内　訳　書

　　　　　　商号又は名称

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 科　　目 | 科目別費用 | 内　　訳 |
| 人　件　費 | スーパーバイザー給料等 |  | 基本給・諸手当・賞与・時間外手当 |
| オペレーター給与等 |  | 〃 |
| 法定福利費 |  | 社会保険料事業主負担額 |
| 退職給与引当金 |  |  |
| 福利厚生費 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 小　　計 |  |  |
| 管　理　費 | 一般管理費 |  |  |
| その他諸経費 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 小　　計 |  |  |
| その他 |  |  |  |
|  |  |  |
| 委託期間（４年間）の総合計 |  | 提案見積書の金額と一致すること |

様式第１９号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

業務提案書送付確認書

下記のとおり、福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルに係る業務提案等の書類を書留等にて送付しましたので、ご査収ください。

記

|  |
| --- |
| **書留・配達記録郵便受領証（お客様控え）を****添付してください。** |

※ 業務提案等を郵送後、ＦＡＸ（０９２－６５１－３１２０）により、福岡県後期高齢者医療広域連合　総務課　企画財政係（事務局）まで送付してください。

※送付状は不要です。

様式第２０号

プロポーザル質問書

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

TEL

担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルの業務提案に関する、以下の事項について質問します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 質問項目 | 質　問　内　容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| ６ |  |  |
| ７ |  |  |
| ８ |  |  |

様式第２２号

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　井上　澄和　様

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

プレゼンテーション及びヒアリング出席者報告書

福岡県後期高齢者医療広域連合コールセンター運営業務委託公募型プロポーザルに係るプレゼンテーション及びヒアリングへの参加要請について、出席予定者を次のとおり報告いたします。

１．出席予定者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属及び役職等 | 氏　　　名（フリガナ） | 備　　　考 |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |

※ 出席者は、３名以内とします。

* 当日は、本人確認のできる身分証明書（社員証、運転免許証等）をご持参ください。

２．使用機器について

● プロジェクター　　　　　　　**□**　使用します　・　**□**　使用しません

　● スクリーン **□** 使用します　・　**□**　使用しません

※ プレゼンテーションに必要な機器類は、各自ご準備ください。

　 なお、プロジェクター及びスクリーンは、当広域連合で用意しますので、使用の有無を**□**欄にチェックしてください。