* 以下の各様式の記入欄が不足する場合は、記入欄を追加し、又は別葉にするなど、適宜変更して記入すること。

（様式１）

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

　「令和７年度千葉市特定保健指導及び利用勧奨業務委託」の事業者募集に応募したいので、資料を添えて申し込みます。

１　申込者

住所（所在地）

（〒　　 　－　　 　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　 担当部署

　　 担当者職名及び氏名

電話番号

　　 e-mail:

２　添付書類

（１）誓約書（様式２）

（２）企業概要（様式３）

（３）委託業務の実施体制（様式４）

（４）事業実績（様式５）

（５）令和元年度から５年度までに受託した市町村国保保健指導業務委託の契約書等の写し（１市町村）

（６）ISO/IEC 27001（JISQ27001）またはプライバシーマークの登録証等の写し

（様式２）

**誓　約　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

１　申込者

住所（所在地）

（〒　　 　－　　 　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 電話番号

千葉市が実施する「令和７年度千葉市特定保健指導及び利用勧奨業務委託」の参加申込にあたり、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。

（様式３）

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 |  |
| 事業内容 |  |
| 職員総数 |  |
| 国内営業拠点数 |  |
| 千葉市近隣の営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 職員数 |  |
| 委託された場合の営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 職員数 |  |
| 本事業に関わる職員が有する関連資格及び有資格者数 |  |

（様式４）　　　　　　　委 託 業 務 の 実 施 体 制

（１）　体制図（例示）

（業務管理者）

企業名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

（２）　担当予定者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 部署名（役職） | 氏名 | 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 |  |  |  |

（３）当事業の保健指導相談員従事予定内訳

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 雇用形態及び人数 |
| 医師 | 正規職員　　　　人　　非常勤職員　　　　人　　その他　　　　人 |
| 保健師 | 正規職員　　　　人　　非常勤職員　　　　人　　その他　　　　人 |
| 看護師 | 正規職員　　　　人　　非常勤職員　　　　人　　その他　　　　人 |
| 管理栄養士 | 正規職員　　　　人　　非常勤職員　　　　人　　その他　　　　人 |

※本様式については、適宜加除修正して差し支えない。

（様式４）

（４）初回面談実施場所について

　　　当事業で想定している初回面談実施場所について、下記の中から当てはまるもの全ての番号にチェックしてください。

・①にチェックした場合は、具体的に想定している会場について記載してください。

・②にチェックした場合は、対象者が希望する任意の場所での面談を実施する場合のプライバシーを保護するための措置について記載してください（自宅等への訪問のみ可能な場合は、その旨を記載）。

|  |
| --- |
| □　①千葉市内で事業者が用意した会場で実施□　②訪問で実施（自宅等のほか、対象者が希望する任意の場所を含む）□　③ICTを利用してオンラインで実施 |

　　【①にチェックした場合：想定する実施会場】

|  |
| --- |
|  |

【②にチェックした場合：対象者のプライバシーを保護するための措置】

|  |
| --- |
|  |

（５）受託事業者が対象者データを受領してから、対象者に利用勧奨するまでの標準日数を下記に記入してください。

　　　※日数には土日祝日を含むものとする。

|  |
| --- |
|  |

（様式５）

事業実績

１　特定保健指導受託実績（初回面談人数）

　・令和５年度に受託した特定保健指導業務の実績（積極的支援及び動機付け支援の初回面談実施者数）をすべて記載すること。

※積極的支援と動機付け支援の合計で10,000件以上となる場合は、10,000件を超える部分については保険者名を「その他」としてまとめて記載することも可

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名　　　　　　　（市町村国保以外も可） | 初回面談実施者数（積極的支援） | 初回面談実施者数（動機付け支援） | 合計 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 　 |

（様式５）

２　特定保健指導受託実績（実施率）

・令和３～５年度に受託した市区町村国保の特定保健指導のうち、実施率（最終評価者数／特定保健指導対象者数）が高い順に2件まで下記項目のとおり記載すること（対象者数が100名以上の案件に限る）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託　　年度 | 市町村名 | 特定保健指導　　　対象者数①※100名以上 | 初回面談　　　実施者数 | 最終　　　　評価者数② | 実施率　　　②／① |
|  |  |  |  |  | ％ |
|  |  |  |  |  | ％ |

　　※積極的支援と動機付け支援の合計人数を記載すること。

　　※特定保健指導対象者数は事業者が利用勧奨等を行った人数とし、市町村が対象者から特定保健指導利用の申込を既に受けている場合等、事業者が対象者情報を受領した時点で特定保健指導を利用する意思を確認できている場合は含まないものとする。

（様式６）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

提出者　企　業　名

代表者氏名

　令和７年度千葉市特定保健指導及び利用勧奨業務委託に係る下記の質問について回答願います。

 記

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
| 項目：内容： |

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 |  |
| 部　署　名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式７）

令和７年度千葉市特定保健指導及び利用勧奨業務委託

企画提案提出資料

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

◎提出資料

　　　　　　　企画提案書・使用教材見本・見積書（正本・企業名あり）　　　　　　各　１部

　　　　　　　企画提案書・使用教材見本・見積書（副本・企業名なし）　　　　　　各　９部