* 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６年度千葉市特定保健指導（ICT機器活用型）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）応募事業者が過去３年間で受託した特定保健指導（ICT活用型）業務委託の契約書及び仕様書等の写し（１団体　市町村国保実績優先）

（６）プライバシーマーク登録証の写し

（７）ISO/IEC 27001（JISQ27001）登録証の写し

（８）（（６）（７）のいずれかまたは両方を提出しない場合）情報セキュリティ対策実施状況調査票（様式６）

（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６年度千葉市特定保健指導（ICT機器活用型）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 |

（様式４）

（４）受託事業者が対象者データ受領してから初回面談実施までの標準日数を、下記に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

※本様式については、適宜加除修正して差し支えない。

（様式５）

事業実績

１　特定保健指導（ＩＣＴ機器活用型）受託実績（初回面談人数）

　　令和４年度に受託した特定保健指導（ＩＣＴ機器活用型）の実績をすべて記載すること。　※初回面談の実施人数を記載する

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 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（ＩＣＴ機器活用型）受託実績（終了率）

令和３・４年度に受託した特定保健指導（ICT機器活用型）のうち主なものを下記項目のとおり記載すること。※初回面談実施者数が多い順で2団体まで記載する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託年度 | 保険者名 | 初回面談実施者数① | 最終評価者数② | 終了率 ②／① |
|  |  |  |  |  % |
|  |  |  |  |  % |

※積極的支援と動機付け支援の合算人数を記載すること。

　３　特定保健指導（ICT活用型）受託実績（市町村国保実績）

　　　　令和２～４年度に受託した特定保健指導（ICT機器活用型）のうち市町村国保の実績を下記項目のとおり記載すること。※初回面談実施者数が多い順で2市町村まで記載する（上記２の保険者が市町村の場合、同じ市町村でも可）。なお、市町村国保の実績がない場合は、受託年度欄に「なし」と記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 受託年度 | 保険者名（市町村名） |
|  |  |
|  |  |