（様式１）

**企　画　提　案　参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

「令和７年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）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

FAX番号

E-mail：

２　添付書類

（１）誓約書（様式２）

（２）企業概要書（様式３）

（３）委託業務の実施体制（様式４）

（４）応募事業者が令和２年度から令和６年度までに受託した特定保健指導又は糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導業務実績が分かる書類（契約書等の写し）

（５）プライバシーマーク登録証又は情報セキュリティマネジメントシステムISO/IEC 27001（JISQ27001）証の写し。もしくは、「個人情報取り扱い実施体制確認書」（別紙３）で提出すること。

|  |
| --- |
|  |

**受　理　票**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

「令和７年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）委託」企画提案の参加申込書を受領いたしました。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 受付時刻 | 　　時　　分 |

千葉市保健福祉局健康福祉部健康推進課

千葉市中央区千葉港１番１号

電話(043)245-5146

（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年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）委託」の企画提案参加申込を行うにあたり、令和７年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）委託企画提案実施要領に定める参加資格要件をすべて満たしていること及び提出書類の内容について事実に相違ないことを誓約します。

（様式３）

**企　　業　　概　　要　　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

**※企業概要を記したパンフレット等があれば1部ご提出ください。**

（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５）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

提出者　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　「令和７年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）委託」企画提案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６）

令和７年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）委託

企画提案提出資料

令和　　年　　月　　日

商号又は名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

◎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７部

（様式７）

辞　退　届

件名　令和７年度糖尿病性腎症重症化予防業務（令和７年度抽出分）委託

請求課　千葉市保健福祉局健康福祉部健康推進課

　上記案件について、下記理由により企画提案参加を辞退します。

　　　　年　　　月　　　日

所在地又は住所

商号又は名称

代表者（受任者）職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（あて先）　千葉市長　　神谷　俊一　　様

記

**辞　退　理　由**

１　諸般の事情により、指定された納入期限に間に合わないため。

２　手持ちの業務・受注案件等が多く、さらに業務・案件等を受注することが困難である。

　　（向こう　　　ヶ月程度）

３　この業務・案件等を受注した場合、人員の確保が困難である。

４　会社の都合による。

５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【注意事項】

**１　該当する辞退理由の番号を○で囲んでください。**

２　この届は、契約事務担当職員に直接持参するか又は郵送してください。

３　企画提案執行中には､この届又はその旨を明記した書面を契約事務担当職員に直接提出してください。

４　電車の遅れ等やむを得ず企画提案に参加できなかったときにも、企画提案終了後に必ず、契約事務担当職員に提出してください。

５　企画提案を無断で辞退することがないよう十分御留意ください。

６　辞退理由により、今後、不利益な取扱いを受けることはありません。

７　辞退理由２の場合には、受注困難である月数を記入してください。

８　辞退理由５の場合には、（　）内に理由を簡潔に記入してください。