様式１（提出期限令和７年４月１５日）

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

プロポーザル参加資格確認申請書

（応募者：代表事業者）

所在地

名称

代表者氏名 印

　「区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣」に係る公募型プロポーザルへの参加を表明します。

過去５年間での政令市、特別区、中核市、施行時特例市、国又は都道府県との同種の業務の履行実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発注者 | |  |
| 派遣期間 | 開始年月日 |  |
| 終了年月日 |  |
| 契約名 | |  |
| 従事内容 | |  |

【添付資料】

* 誓約書（様式２）
* 過去５年間に政令市、特別区、中核市、施行時特例市、国又は都道府県において、同種の業務の履行実績を有することを証するもの。（契約書の写しなど）
* 個人情報保護に関するISMS（ISO27001、JISQ27001）又はプライバシーマーク（JISQ15001）の認証を受けていることを証するもの（登録証の写しなど）

【共同企業体で参加する場合】

* 共同企業体構成員一覧表（様式３）
* 委任状（共同企業体）（様式４）
* 共同企業体協定書

担当者所属

担当者職・氏名

電話番号

E-mail

【プロポーザル参加資格確認申請書作成における注意事項】

* 過去５年間での政令市等との同種の業務の履行実績
  + 過去５年間の履行実績とは、派遣終了日がプロポーザル参加資格確認申請書等の提出期限（令和７年４月１５日）から過去５年の間に含まれているものをいう。
  + 同種の業務とは、「従事内容に窓口対応を含む」ものとする。
  + 添付する契約書の写しなどについては、「発注者」「派遣期間」「契約名」「従事内容」がわかる部分を提出すること。

様式２

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

（応募者：代表事業者）

所在地

名称

代表者氏名 印

誓　約　書

　私（共同企業体の場合は、構成企業を含む）は、以下のいずれにも該当していないことを誓約します。

１　手形交換所による取引停止処分を受けてから、２年間を経過しない者

２　仕様書協議後における見積徴収日前６か月以内に不渡手形又は不渡小切手を出した者

３　会社更生法（平成１４年法律第１５４号）の更生手続開始の申立てをした者で、同法に基づく裁判所からの更生手続開始の決定がなされていないもの

４　民事再生法（平成１１年法律第２２５号）の再生手続開始の申立てをした者で、同法に基づく裁判所からの再生計画の認可の決定がなされていないもの

５　千葉市内において、都市計画法（昭和４３年法律第１００号）に違反している者

６　千葉市内に本店又は営業所等を有する者にあっては、千葉市税（延滞金を含む。）を完納していないもの

７　千葉市内に本店又は営業所等を有する者で、個人住民税の特別徴収を行うべき者にあっては、個人住民税の特別徴収を行っていないもの

８　千葉市物品等入札参加資格者指名停止措置要領（昭和６０年８月１日施行）又は千葉市建設工事請負業者等指名停止措置要領（昭和６０年８月１日施行）に基づく指名停止措置等を、当該業務のプロポーザル参加資格確認申請書等の提出期限の日から仕様書協議後における見積徴収日までの間に受けている者

様式３

令和　　年　　月　　日

共同企業体構成員一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 代表企業 | 所在地：  商号又は名称：  代表者職氏名：  登録番号： |
| 担当者　氏　名：  　　　　所　属：  　　　　電　話： |
| ［本契約における役割］ |
| 構成企業 | 所在地：  商号又は名称：  代表者職氏名：  登録番号： |
| 担当者　氏　名：  　　　　所　属：  　　　　電　話： |
| ［本契約における役割］ |
| 構成企業 | 所在地：  商号又は名称：  代表者職氏名：  登録番号： |
| 担当者　氏　名：  　　　　所　属：  　　　　電　話： |
| ［本契約における役割］ |

※　本契約における役割欄について

本契約における業務を実施する上での役割分担及びその内容を簡潔に記載すること。なお、一つの業務を複数の企業で分担する場合は、分担する業務の内容についても記載すること。

様式４

令和　　年　　月　　日

委　任　状（共同企業体）

|  |  |
| --- | --- |
| 構成企業 | 所　 在　 地：  商号又は名称：  代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 構成企業 | 所　 在　 地：  商号又は名称：  代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 構成企業 | 所　 在　 地：  商号又は名称：  代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

私達は、下記の企業を構成企業の代表とし、「区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣」に関し、下記の権限を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受 任 者 | 所　 在　 地：  商号又は名称：  代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 委任事項 | 入札参加に関する一切の件 |

様式５

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

（質問者）

所在地

名称

代表者氏名

担当者所属

担当者職・氏名

電話番号

E-mail

プロポーザル参加資格に関する質問書

このことについて、区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣公募型プロポーザルに係る質問書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要項　項目名 | 質　問　内　容 |
|  |  |

※質問がある場合は、本様式により、令和７年４月８日～令和７年４月１１日午後５時までに、電子メールにより提出すること。

様式６

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

（質問者）

所在地

名称

代表者氏名

担当者所属

担当者職・氏名

電話番号

E-mail

仕様書等に関する質問書

このことについて、区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣公募型プロポーザルに係る質問書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 仕様書　項目名 | 質　問　内　容 |
|  |  |

※質問がある場合は、本様式により、令和７年４月８日～令和７年４月２３日午後５時までに、電子メールにより提出すること。

様式７（提案者名あり）

**区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣**

**提案書**

所在地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式７（提案者名なし）

**区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣**

**提案書**

様式８

不開示部分指示書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 頁 | 項目名 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

※該当箇所をマーキングした提案書の写しを添付すること。

※内容について疑義が生じた場合、別途調整をする場合がある。

※不開示とすべき項目と判断される場合は下記①及び②を満たしている必要がある。

①下記のいずれかに該当していること

（a）生産技術上のノウハウ又は販売上の秘密であって、公にすることにより、当該法人等又は事業を営む個人の事業活動が損なわれるおそれのある情報

（b）経営方針、経理、人事等の事業活動を行ううえでの内部管理に属する事項に関する情報であって、公にすることにより、事業の運営が損なわれるおそれのある情報

（c）その他公にすることにより、名誉、社会的評価、社会的活動の自由等（宗教法人の信教の自由、学校法人の学問の自由等の非財産的利益を含む。）が損なわれるおそれのある情報

②①の各号で定める「損なわれるおそれ」について、単なる抽象的な可能性ではなく、権利利益が情報の開示によって具体的に侵害されることについて一定の蓋然性が認められること。

（例：表現の差異のみでなく、本質的に他者と大きく異なる場合）

様式９

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

所在地

名称

代表者氏名 印

担当者所属

担当者職・氏名

電話番号

見　積　書

業務名：区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣

提案事項を実施する場合の見積総額、内訳（基本単価）を記載してください。（上限額：22,174,000円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 予定就業日数 | 予定就業時間 | 派遣人数 |
| 令和７年度 | 180日 | 1,395時間 | ３人 |
| 令和８年度 | 241日 | 1,868時間 | ３人 |
| 合計 | 421日 | 3,263時間 | ３人 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予定就業時間  A | 基本単価（税抜）（円）  B | 派遣人数  C | 見積額（税抜）（円）  A×B×C |
| 3,263時間 |  | ３人 |  |

様式１０（提案者名あり）

**経費内訳明細表**

**区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣**

所在地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式１０（提案者名なし）

**経費内訳明細表**

**区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣**

様式１１

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

辞　退　届

（応募者：代表事業者）

所　在　地

名　　　称

代表者氏名 印

区保健福祉センター高齢障害支援課窓口業務派遣に係る公募型プロポーザルへ参加を辞退します。

担当者所属

担当者職・氏名

電話番号

E-mail