

高知県水道ビジョン推進支援協定の企業募集に関する質疑書

令和2年4月 日

所在地 _____

事業者名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX _____

E-mail _____

質疑内容

提出期限：令和2年4月23日(木)午後5時15分まで

提出先：高知県健康政策部食品・衛生課 担当 酒井 行

FAX: 088-823-9264

E-mail 131901@ken.pref.kochi.lg.jp

「高知県水道ビジョン推進支援協定」
企画提案参加表明書

令和2年4月 日

高知県知事 濱田 省司 様

所在地 _____
事業者名 _____
代表者名 _____ 印

高知県水道ビジョン推進支援協定企業募集要領に基づき、高知県水道ビジョン推進支援協定に関する企業募集に参加を申し込みます。

連絡先
担当者 _____
電話 _____
FAX _____
E-mail _____

(注意事項)

- ・ 代表者印を忘れず押印してください。

(添付書類)

- 1 別紙「法人概要書」(様式－3)
- 2 法人の登記事項証明書(発行3ヶ月以内のもの)
- 3 会社資料(会社案内など)
- 4 高知県の入札参加資格を有していない者については、申込をしたことが分かる書類
- 5 別紙「担当者」(様式－5)

法人概要書

法人名		
本社又は本店等の所在地	〒	
代表者 職・氏名		
従業員数等		
設立年月		
事業内容		
参加要件	地方自治法施行令第 167 条の 4 に規定する者に該当	ない・ある
	指名停止要領等に基づく指名停止等の期間中	ない・ある
	県税の滞納	ない・ある
	消費税及び地方消費税の滞納	ない・ある

高知県知事 濱田 省司 様

所在地
事業者名
代表者名

印

高知県情報公開条例に基づく開示請求があった場合に、提出書類を開示することにより、今後弊社が事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害する部分及びその具体的な理由は次のとおりです。

開示すると支障が生じる書類(書類の頁・箇所等)	支障が生じる理由・生じる支障の内容を具体的に記入してください。

担当者

(資格要件(8)の確認用)

本業務での役割			
氏名(フリガナ)・年齢	(歳)		
所属・役職名			
経歴等			
業務経験年数	(通算) 年, (現在の部門) 年		
専門分野			
資格	(資格名, 部門, 取得年月日等)		
業務実績と当該業務での担当分野	業務名	業務期間	担当
現に従事している 主要な業務	(業務名, 役割, 完了年月日等)		

※担当者数に応じて適宜枚数を作成すること。

※平成10年4月1日以降に完了した高知県水道ビジョンで重要施策に位置付けている施策に関する業務(水安全計画の策定、クリプトスポリジウム対策等の浄水処理の適正化、浄水施設・配水池・基幹管路等の耐震化、水道BOP、水道施設台帳の整備及びシステム化、アセットマネジメント、水道業務の受け皿となる支援組織の検討)の実績を3件以内で記載すること。

※記載した保有資格を確認できる資料の写しを添付すること。