様式１

子育て支援課　（担当：古味・西岡）行

（Ｅ-ｍａｉｌ　060501@ken.pref.kochi.lg.jp）

（Ｆ Ａ Ｘ　 088-823-9658）

説 明 会 参 加 申 込 書

令和　　年　　月　　日

　高知県　子育て支援課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

連絡先（TEL）

E-mail

令和５年度こうち子育て応援の店協賛事業所開拓等実施委託業務に関する説明会に出席します。

出席者名

|  |  |
| --- | --- |
| 部署・役職名 | 氏　　名 |
|  |  |
|  |  |

（注意）

１　ＦＡＸ又は電子メールで送信し、電話により着信を確認してください。

２　提出期限：令和５年７月13日（木）17時まで

様式２

令和５年度こうち子育て応援の店協賛事業所開拓等実施委託業務

公募型プロポーザルに関する質疑書

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

担当者名

電話番号

F A X

E-mail

質疑内容

提出期限：令和５年７月18日（火）午後５時まで

提出先：〒780-8570　高知市丸ノ内１丁目２－20

高知県子ども・福祉政策部子育て支援課（担当：古味、西岡）

ＦＡＸ　088－823-9658　 　Ｅ-mail　060501@ken.pref.kochi.lg.jp

様式３

参加申込書

令和　　年　　月　　日

高知県知事　濵田　省司　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

　令和５年度こうち子育て応援の店協賛事業所開拓等実施委託業務公募型プロポーザル募集要領に基づき、別紙資格要件確認書を添付の上、令和５年度こうち子育て応援の店協賛事業所開拓等実施委託業務に関する公募型プロポーザルに参加を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

担当者名

電話番号

ＦＡＸ

Ｅ－ｍａｉｌ

様式４

資格要件確認書

令和　年　月　日

１　所在地　　〒

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

事業所名

代表者名(職・氏名)

２　設立年月日又は事業開始年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

３　属性　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当を○で囲んでください。

　　民間企業　・　ＮＰＯ法人　・　その他の法人　・　権利能力なき社団

４　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 地方自治法施行令第167条の4に規定する者に該当する | しない　・　する |
| 高知県の事務及び事業における暴力団の排除に関する規程に基づく入札参加資格停止措置を受けている又は同規程第2条第2項第5号に規定する排除措置対象者（暴力団、暴力団員、暴力団に関与する者等）に該当する | しない　・　する |

**添付書類**

１　納税証明書（参加申込書を提出する日の前日までに納税期限の到来した県税について

滞納がないことがわかる書類で、発行３か月以内のもの）

２　消費税及び地方消費税の納税証明書（発行３か月以内のもの）

３　団体概要（高知県内に事務所を有することを確認できる書類を含む。）

４　経営状態が分かる直近の事業年度の決算書（３年分）

５　これまでの同規模の事業実績が分かる資料

様式５

高知県知事　濵田　省司　様

所在地

事業者名

代表者名

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上で、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。 |
|  |  |