（様式１）

地域医療提供体制検討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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

|  |
| --- |
| 【質疑内容】 |

提出期限：令和７年４月30日（水）17時15分まで

提 出 先：高知県健康政策部医療政策課　担当：武政、島村

ＴＥＬ：088-823-9625

ＦＡＸ：088-823-9137

E-mail：131301@ken.pref.kochi.lg.jp

（様式２）

地域医療提供体制検討委託業務公募型プロポーザル参加申込書

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

　地域医療提供体制検討委託業務公募型プロポーザル募集要領に基づき、下記資料を添付のうえ、地域医療提供体制検討委託業務公募型プロポーザルに参加を申し込みます。

＜添付資料＞

１　別紙　様式２別紙「法人概要書」

２　法人の登記簿謄本の写し（全部事項証明書の履歴事項証明書で、発行３ヶ月以内のもの）

【連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

（様式２別紙）

法人概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  | 従業員数 | 　　　　　　人 |
| 事業内容 |
| 本業務と同種、類似業務の実績（過去３年以内） |
| 競争入札参加資格者登録名簿（物品購入等関係）への登録の有無（いずれかに○）　登録あり　　　　・　　登録予定　　・　　登録なし |
| 地方自治法施行令第１６７条の４に規定する者に該当（いずれかに○）該当しない　　・　　該当する |
| 高知県物品購入等関係指名停止要領に基づく指名停止期間中（いずれかに○）期間中にない　　・　　期間中にある |
| 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第２条第２項第５号に規定する排除措置対象者に該当（いずれかに○）該当しない　　・　　該当する |
| 都道府県税、消費税及び地方消費税の滞納がない　はい　　・　　　いいえ |

（様式３）

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他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。 |
|  |  |