様式第１号

公募型プロポーザル参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構

　　　　　　　　　　　　　会　長　　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

（担当者　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和７年３月21日付けで公告のあった次の公募型プロポーザルに参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の４の規定のいずれにも該当しない者であること、公募型プロポーザル参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

１　業務名　：ふるさとドクターネット広島ホームページ再構築業務

２　添付書類：事業者の概要

様式第２号

事業者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | |
| 代表者職氏名 |  | | |
| 住所 | 本　社 | 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| 広島県内  事業所等  （広島県内に本社がある者は除く） | 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| 資本金 |  | | |
| 直近の年間売上高 |  | | |
| 職員数 |  | | |
| ホームページ | https:// | | |
| 業務内容 |  | | |

※ 事業者の概要を記載したパンフレット等を添付すること。

様式第３号

仕様書等に対する質問書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構

　　　　　　　　　　　　　会　長　　様

所在地

商号又は名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

業務名：ふるさとドクターネット広島ホームページ再構築業務

|  |  |
| --- | --- |
| 質  問  事  項 |  |

様式第４号

辞　退　届

令和　　年　　月　　日

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構

　　　　　　　　　　　　　会　長　　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

（担当者　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　次の公募型プロポーザルは、辞退いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 業　務　名 | ふるさとドクターネット広島ホームページ再構築業務 |
| 場　　所 | （公財）広島県地域保健医療推進機構 地域医療支援センター |
| 公募型プロポーザル  予定年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

注）　この届は、公募型プロポーザル執行の完了に至るまでに発注機関に直接持参するか、郵便等（公募型プロポーザル執行の前日までに必着するものに限る。）又は電子メールにより提出してください。