様式１

　　　　　　　　　　　質　問　票

案件名称：「大分県保健所窓口予約システム導入業務」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人等の名称 | |  |
| 担  当  者 | 所　　属 |  |
| 氏　　名 |  |
| 連  絡  先 | 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（留意事項）

1. 質問事項については、応募要領の項目番号及び事項を記載すること。

（記載事例：４(1)参加資格等について）

1. 内容については、質問の趣旨及び具体的内容を記載すること

（記載事例：◯◯業務の再委託は委託者の承諾が必要であるのか。）

1. 質問票は電子メールで提出すること。
2. 必ず送信した旨伝え、担当部署が受信したことを確認すること。
3. 電子メールによる場合は、件名に「大分県保健所窓口予約システム導入事業」と記載すること。
4. 質問内容を電話で確認する場合があります。

様式２

「大分県保健時窓口予約システム導入業務」に係る公募型企画提案競技参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　大分県知事　佐藤　樹一郎　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所在地〒

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名

　「大分県保健時窓口予約システム導入業務」に応募します。

様式３

「大分県保健時窓口予約システム導入業務」に係る公募型企画提案競技参加資格誓約書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　大分県知事　佐藤　樹一郎　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所在地〒

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名

　「大分県保健時窓口予約システム導入業務」にかかる公募型企画提案競技の参加に際し、参加資格を満たしており、後日その内容に虚偽があることが判明した場合は、いかなる措置を受けても異存のないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | （様式４） | |
|  |  |  |  | ※   |  | | --- | |  | |  |
| **事　業　者　概　要** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 商号又は名称 | | （フリガナ） | | | |
|  | | | |
| 所在地 | 本社・本店 | （都･道･府･県） | | （区･市･町･村） | |
| 受託支社・支所 | （都･道･府･県） | | （区･市･町･村） | |
| 受託業務所在地 | （都･道･府･県） | | （区･市･町･村） | |
| 従業員数 | | 事務系 | 技術系 | その他 | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |
| 資 本 金 | | 円 | | | |
| 主な業務内容 | |  | | | |
| 組 織 図 （本業務の担当窓口を 明示すること） | |  | | | |
|  |
|  |
| ※印部分には記入しない。 | |  |  |  |  |  |

様式５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　大分県知事　佐藤　樹一郎　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所在地〒

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名

辞　　　退　　　届

「大分県保健時窓口予約システム導入業務」に係る提案競技への参加について辞退します。

　１　企業名

　２　所在地

　３　代表連絡先

　　　・電話番号

　　　・ＦＡＸ番号

　４　担当者

　　　・部署名

　　　・職・氏名

　　　・電話番号

　　　・ＦＡＸ番号

　　　・メールアドレス