

(様式1)

プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所
電話 番 号
事 業 者 名
代 表 者 (役職・氏名) 印

須賀川市医療費分析等業務委託公募型プロポーザルについて、様式2を添えて申し込み
ます。

なお、須賀川市医療費分析等業務委託公募型プロポーザル実施要領に定める参加要件を
満たしていること及び参加申し込みに必要な書類の内容については、事実と相違ないこと
を付言します。

会 社 概 要	設 立	
	資 本 金	
	従 業 員 数	
	HPアドレス	
担 当 部 署		
連 絡 先	T E L	
	F A X	
	E - m a i l	
	担 当 者 名	

(様式2)

業 務 実 績 書

事業者名 _____

【本業務の内容と同種の業務の実績】

業務名	発注者	実施時期	契約金額	業務の概要

【本業務の内容と類似の業務の実績】

業務名	発注者	実施時期	契約金額	業務の概要

注1：必要に応じて行を追加してください。

(様式 3)

プロポーザル届出書

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所

電話番号

事業者名

代表者(役職・氏名)

印

須賀川市医療費分析等業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、次のとおり企画書等の関係書類を提出します。

(様式4)

業務実施体制調書

事業者名

役割	氏名・所属・役職	略歴・主な関連業務実績等	担当する業務
責任者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	

※必要に応じて行を追加してください。

(様式 5)

プロポーザル参加辞退届

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所

電話番号

事業者名

代表者(役職・氏名)

印

須賀川市医療費分析等業務委託公募型プロポーザルの参加を辞退します。

【辞退理由】

(様式6)

質 問 書

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所
電 話 番 号
事 業 者 名
代 表 者 (役職・氏名)

須賀川市医療費分析等業務委託について、次の事項を質問します。

質 問 の 内 容	
担 当 者 名	

担当：須賀川市市民福祉部保険年金課国保給付係
○送信先メールアドレス：nenkin@city.sukagawa.fukushima.jp
○メールの件名：「プロポーザルに関する質問（事業者名）」