（様式１）

令和　年　　月　　日

青森県健康医療福祉部健康医療福祉政策課長　殿

**参　加　表　明　書**

　令和６年度青森県医療・福祉職子育て世帯移住支援金制度チラシ等制作業務委託公募型プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

　なお、この申込書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。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は事業所所在地 |  |
| （ふりがな）商号又は名称 |  |
|  |
| （ふりがな）代表者職・氏名 |  |
|  |
| 担当者及び連絡先 | 所　属 |  |
| 担当者 |  |
| TEL |  |
| E-Mail |  |
| 備　　　考 |  |

（様式２）

|  |
| --- |
| **企　業　概　要** |
| 企業情報 | 商号又は名称 |  |
| 設立年月日 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 住所 |
| 資本金（千円） |  |
| 売上高（千円） |  | （　　　　年　　月決算） |
| 従業員数 |  | （令和６年４月１日現在） |
| 営業拠点 |  |
| 事業内容 |  |
| 会社の特徴 |  |

注　１　「事業内容」及び「会社の特徴」の項目は、簡潔に記入すること

（概念図、写真、イラスト等掲載可。）

　　２　適宜この様式の枠を広げ、複数枚にわたる記入も可とする。

（様式３）

|  |
| --- |
| **過去の類似業務実績** |
| 業務名（契約金額） | 発　注　者 | 業務概要 | 業務実施期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注　１　これまでに国又は地方公共団体（同等の扱いをする団体を含む。）が発注した類似

業務の納入実績について記載すること。

　　２　契約書の写し（契約内容、契約期間、契約金額がわかる仕様書等を記載したもの。）

及び契約履行に関する検査結果が記載されている書類の写しを必ず添付すること。

（様式４）

令和　年　　月　　日

青森県健康医療福祉部健康医療福祉政策課長　殿

会 社 名

担 当 者 役職名

　 氏 名

**質　　問　　書**

令和６年度青森県医療・福祉職子育て世帯移住支援金制度チラシ等制作業務委託公募型プロポーザルについて、次の項目を質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質　問　事　項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

注　適宜この様式の枠を広げ、複数枚にわたる記入も可とする。

（様式５）

令和　年　　月　　日

青森県健康医療福祉部健康医療福祉政策課長　殿

会 社 名

代 表 者 役職名

　 氏 名

**企画提案提出書**

　令和６年度青森県医療・福祉職子育て世帯移住支援金制度チラシ等制作業務委託公募型プロポーザルの企画提案について、下記の書類を提出します。

記

１　企画提案書　　　別紙のとおり

２　提出部数　　　　７部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 所　属 |  |
| 氏名 |  |
| TEL |  |
| E-Mail |  |