（様式１）

令和　　年　　月　　日

参加申込書兼企画提案書提出書

千代田区長　殿

　住　所

　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

区民歯科健診問診・記録票のペーパーレス化にかかる実証実験システムの構築及び運用・保守業務のプロポーザル方式による提案書の募集について、必要書類を添えて、参加の希望を表明するとともに、企画提案書を提出いたします。

なお、地方自治法施行令第１６７条の４第１項（同令第１６７条の１１第１項において準用する場合も含む。）の規定に該当しない者であること及びに本書及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

１ 対象業務

２ 千代田区での競争入札参加資格

あり・なし

３ その他 （参加表明にあたり、特筆すべき事項があれば記入）

【連絡先】担当者所属

氏名

電話番号

（様式２）

 令和　　年　 月 　日

参加資格確認申請書

千代田区長　殿

住　所

会社名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の公募型プロポーザルに参加したいので、参加資格の確認のために、必要書類を添付して申請します。

なお、募集要項に定められた参加資格要件等応募者に求められる要件をすべて満たしていること、並びにこの申請書及び添付書類のすべての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

１　事業名称　　　区民歯科健診問診・記録票のペーパーレス化にかかる実証実験システムの構築及び運用・保守業務

２　履行場所　　　千代田区指定箇所

３　選定方法　　　公募型プロポーザル方式

４　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者　所属 |  |
| 担当者　氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

６　添付書類

(1) 会社概要（パンフレット等の使用も可）

(2) 商業登記簿謄本（提出日において発行日より３か月以内のもの）

(3) 印鑑証明書（提出日において発行日より３か月以内のもの）

(4) 納税証明書（提出日において発行日より３か月以内のもの）

(5) 賃借対照表、損益計算書（直近３期分）

(6) プライバシーマーク登録証の写し

(7) 情報セキュリティマネジメントシステム（ISMS）登録証の写し

 （8）実績確認書類

　　　過去３年間で自治体向けの保健衛生に関するシステムの提供や運用実績がわかる書

　　類（契約書の写し、自治体のプレスリリース等）

以上

（様式３）

令和　　年　　月　　日

暴力団排除に係る誓約書

千代田区長　殿

住　所

会社名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

当社は、「区民歯科健診問診・記録票のペーパーレス化にかかる実証実験システムの構築及び運用・保守業務」に係る公募型プロポーザルへの参加にあたり、下記のとおり誓約するとともに、今後も下記１から６の各項に該当することを誓約します。

なお、この誓約に違反した場合は、貴区から参加資格の取消、入札参加停止、契約解除等のいかなる措置を受け、かつ、その事実を公表されても異存ありません。

また、千代田区長が警察署長に下記１及び２に関して意見照会すること並びに警察署長から得た情報を千代田区の他の事務又は事業において暴力団を利することとならないように利用することについて同意します。

記

１　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第2号に規定する暴力団またはその構成員の統制下にある団体でないこと

２　千代田区契約関係暴力団等排除要綱の入札参加資格除外に該当していないこと。

３　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４第１項第３号に該当しないこと。

４　役員等が自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどをしないこと。

５　役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力していないこと。

６　契約の履行に係る業務の一部を第三者に行わせようとする場合にあっては、第１項及び第２項に該当する者をその受注者としないこと。

７　前６項に違反したときには、契約の解除、違約金の請求その他の千代田区長が行う一切の措

置について異議を述べないこと。

（様式４）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

質問票

会 社 名

担　　当

電話番号

　区民歯科健診問診・記録票のペーパーレス化にかかる実証実験システムの構築及び運用・保守業務の公募型プロポーザル方式による提案書募集に関する要求水準等説明書に対して、下記のとおり質問いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | 資料名  ページ番号 | 項　目 | 質問内容 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

※１　質問は、簡潔かつ具体的に記入してください。

※２　行が不足する場合には、適宜増やしてください。複数ページにわたっても差し支えありません。

※３　１つの文書ファイルにまとめて保存し、電子メールで提出してください。

（様式５）

令和　　年　　月　　日

貸与品借用書

保健福祉部健康推進課長　殿

住　所

　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者　　　　　　　　　　　　　印

下記の通り、貸与品を借用します。

**使用目的：****「区民歯科健診問診・記録票のペーパーレス化にかかる実証実験システムの構築及び運用・保守業務」のセキュリティポリシーの確認のため。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸与品 | シリアルナンバー※ | 貸与期間 |
| 情報セキュリティポリシー 【対策基準】新版　第４版 | No. | 令和６年　月　日～ 令和６年　月　日 |

　なお、借用した貸与品は上記目的以外に使用せず、複製しないことを誓約します。

　※貸出に際し、事前に健康推進課にご連絡の上シリアルナンバーを確認してください

* 担当　氏名：
* 連絡先：

（様式６）

令和　　年　　月　　日

貸与品返却届

保健福祉部健康推進課長　殿

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

下記の通り、貸与品を返却します。

**使用目的：「区民歯科健診問診・記録票のペーパーレス化にかかる実証実験システムの構築及び運用・保守業務」のセキュリティポリシーの確認のため。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸与品 | シリアルナンバー | 借用期間 |
| 情報セキュリティポリシー 【対策基準】新版　第４版 | No. | 令和６年　月　日～ 令和６年　月　日 |

* 担当　氏名：
* 連絡先：