

様 式 1

「後期高齢者医療制度のごあんない」（仮称）

プロポーザル参加申込書

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 中村 正人 殿

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

作成担当者

連絡者

E-Mail

「後期高齢者医療制度のごあんない」（仮称）の企画・制作業務に係るプロポーザルについて、本申込書に以下の付属書類等を添えて提出し、参加申込を行います。

なお、提出書類等の記載はすべて事実と相違ないこと及び当社が本プロポーザルの参加資格を有していることを誓約いたします。

（提出書類等）

1. 会社概要
2. 経費見積書
3. 企画提案書（貴社作成 既存の「しおり」可）
4. スケジュール表
5. 沖縄県若しくは当広域連合構成市町村における入札参加有資格認定通知書の写し。
（名簿登載が確認できるもので可。）
6. 他自治体における本契約と同内容の契約実績に関する書類。

様 式 2

「後期高齢者医療制度のごあんない」 (仮称)

プロポーザル参加辞退書

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 中村 正人 殿

沖縄県後期高齢者医療広域連合「後期高齢者医療制度のごあんない」(仮称) 企画・制作業務に係るプロポーザル実施要領「10 参加の辞退」の規定に基づき 当該プロポーザルへの参加について、下記のとおり辞退いたします。

記

1 辞退者

住所又は所在地		代表者印
商号又は名称		
代表者職・氏名		
担当者氏名		
連絡者		
E-Mail		
辞退理由		

2 添付書類

沖縄県後期高齢者医療広域連合より提供を受けた書類

様 式 3

「後期高齢者医療制度のごあんない」 (仮称)

プロポーザルに関する質問書

年 月 日

事業者名	
担当者氏名	
連絡先	TEL : FAX :
E-Mail	

質問タイトル	質問内容 (詳細に記入)
質問 : 1	
質問 : 2	
質問 : 3	

様 式 4

「後期高齢者医療制度のごあんない」 (仮称)

プロポーザルに関する回答書

年 月 日

担当者氏名	
連 絡 先	TEL : FAX :
E-Mail	

質問タイトル	回 答 欄
質問：1	
質問：2	
質問：3	
質問：4	