様式1

令和　年　月　日

浜松市長宛て

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

なお、浜松市公告第492号の参加するために必要な資格に相違していないことを誓います。

件名：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail

様式2

令和　年　月　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）様

浜松市長

参加資格確認結果通知書

次の件について、参加資格確認結果を通知します。

件名：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託

結果①：資格を有することを認めます。

プロポーザル方式実施説明書により、企画提案書等を提出してください。

結果②：次の理由により、資格を有することを認められません。

理由：××のため

　　　　　　　　　　　　　 担当

浜松市健康福祉部国保年金課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ヘルスサポートグループ　佐々木

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　053-457-2638

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　050-3730-5988

様式3-1

（事業者提出用）

|  |
| --- |
| 質問書 |
| 公告番号　第492号 | 件名：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託 |
| 業　者　名　　 |
| 提 出 日　 令和　　年　　月　　日 |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

様式3-2

（浜松市回答用）

|  |
| --- |
| 質疑応答書 |
| 公告番号　第492号 | 件名：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託 |
| 回 答 日　 令和　　年　　月　　日 |
| 質　　問　　事　　項 | 回　　答　　事　　項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式4

令和　年　月　日

　浜松市長宛て

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

企　画　提　案　書

　次の件について、企画提案書を提出します。

件名：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託

　また、企画提案書の提出期限日時点で保有している社会貢献活動等に係る認証等の有無について、次のとおり申告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認証等 | 浜松市ワーク・ライフ・バランス等推進事業所の認証 | 浜松市消防団協力事業所の認定 | 浜松市高齢者活躍宣言事業所の認定 | 健康経営優良法人の認定(経済産業省) | 浜松市外国人材活躍宣言事業所の認定 | 浜松市企業のＣＳＲ活動表彰（※1） |
| 保有状況(※2) | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |

※1浜松市企業のCSR活動表彰では、企画提案書提出期限日の2年前の日までの間において、以下のいずれかに該当する事業所である場合に保有状況を「あり」と申告してください。

・Star Prize制度マイスター認定事業所

・優秀賞、特別賞又は市民協働奨励賞の受賞事業所（※3つの賞以外の受賞実績は対象外です。）

（例：2022年1月30日が企画提案書提出期限日の場合は、2020年1月30日から2022年1月30日までの間に受賞した実績が有効となります。）

※2 社会貢献活動等に係る認証等の保有状況について、「あり」又は「なし」に○を付けてください。

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail

様式5

令和　年　月　日

　浜松市長宛て

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

企画提案書等の取扱いに関する回答書

企画提案書等の取扱いに関する確認について、次のとおり回答します。

　対象案件　：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託

　上記対象案件に関する企画提案書等に、当社の技術力やノウハウ等、公開又は公表することにより当社の正当な利益を害する情報にあたると考える部分が

・あります

　　　・ありません

※「あります」と回答した場合

企画提案書等において当社の正当な利益を害すると考える部分は、別添のとおりです。

様式6

令和　年　月　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　浜松市長

結　果　通　知　書

貴社から提出のあった次の件の企画提案書について、審査結果を次のとおり通知します。

件名：令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託

１　貴社の審査結果

（特定した場合）

結果：最適であると特定しました。

　　　　　契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

（特定しなかった場合）

結果：下記の理由により特定しませんでした。

理由:××の為

２　本プロポーザル方式の審査結果

　（１）特定した事業者：□□株式会社

　（２）審査を行った事業者数：○者

　（３）貴社の順位：×位

　（４）審査結果（評価点の合計順）

　　　　別紙のとおり

　　　　　　　　　　　　　 担当

浜松市健康福祉部国保年金課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ヘルスサポートグループ　佐々木

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　053-457-2638

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　050-3730-5988

別記

企画提案書等の取扱いに関する確認依頼

１．プロポーザル方式の実施に係る企画提案書、その他企画提案に関する資料（以下「企画提案書等」という。）の取扱いは、次のとおりとします。

（１）企画提案書等は、公平性、透明性を期すために、「浜松市情報公開条例」等関連法令に基づく情報公開請求がなされた場合、もしくは本市が企画提案書等の公表が特に必要と判断する場合には、その全部を原則公開又は公表します。

（２）公開又は公表における企画提案書等の使用に関する費用は、無償とします。

２．次の内容に関し、確認を依頼いたします。

企画提案書等は、１にも記載のとおり原則としてはその全部を公開又は公表しますが、例外的に、提案者の技術力やノウハウ等、公開又は公表することにより提案者の正当な利益を害する情報は、本市の判断で非公開又は非公表とします。

本市が提案者の正当な利益を害する情報の有無を判断する際の参考とするため、次のとおり回答書及び関連資料の提出をお願いします。

（１）対象案件　　令和６年度　特定健康診査個別受診勧奨業務委託

（２）提出物　　　・企画提案書等の取扱いに関する回答書

　　　　　　　　　・貴社の正当な利益を害する情報にあたると考える部分がある場合は、その情報が分かる資料（企画提案書等の写しの該当部分にマーカーを引く、四角で囲う等したものを提出　※ただし、文字が消えるような塗りつぶしはしないでください。）

　　　　　　　　　　※提出いただいた資料の該当部分の非公表を確約するものではありません。

（３）提出期限　　令和6年6月7日（金）午後5時まで

（４）提出先　　　浜松市健康福祉部国保年金課