様式　ア

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 会社名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

様式　イ

組　織　調　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経営規模 | 資本金　　　　　　　　　　　　　　千円 | 直近の決算期における売上高千円 |
| 実施体制 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主任・担当の区分 | 配置予定者氏名 | 担当する業務分野 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※1ここに記入した者については、それぞれ配置予定者調書（様式エ）を作成すること。 |
| 貴社の業務登録及び資格取得状況※2 |  |  |
|  |  |
|  |  |

※1　直近の決算書及び公告日から起算して１月前に当たる日から提案書の提出日までに発行された商業登記簿謄本（履歴事項全部証明書）を添付すること。

※2　ISO資格について、事業所限定のものは、その旨を記載すること。

　　JISQ27001、JISQ15001以外に個人情報保護、品質マネジメント、環境マネジメント、情報セキュリティマネジメント、クラウドサービスセキュリティなど保有している公的資格については、行を追加しても構わないので全て記載すること。

　　 業務登録及び資格証（写し）を添付すること。

様式　ウ

業　務　等　実　績　調　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | システム名 | 自治体名 | 契約期間 |
| 1 |  |  |  | 年 |  | 月から |
|  | 年 |  | 月まで |
| 2 |  |  |  | 年 |  | 月から |
|  | 年 |  | 月まで |
| 3 |  |  |  | 年 |  | 月から |
|  | 年 |  | 月まで |

※同一自治体に医事・薬事・食品衛生・環境衛生・特定給食・犬登録等のシステムを令和２年４月１日から令和７年３月３１日までに、受託し、運用保守をした実績を対象とする。

最大３実績とします。

※内容確認のため、契約書、導入したシステムの構成が分かる仕様書の写しを提出すること。

様式　エ

配置予定者調書

年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 主任・担当の区分 | 担当する業務分野 |
| 氏名 |
| 所有資格（本件に関連するものについて、資格の名称及び取得年月日を記載し、写しを添付すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 取得年月日 | 資格の名称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| 業務経歴

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 業務経歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| 履行実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主任・担当区分 | 契約年月日 | 発注機関 | 業　　務　　名 | 契　約　額 |
|  |  |  |  | 千円 |
|  |  |  |  | 千円 |
|  |  |  |  | 千円 |

 |
|  |

様式　オ

参考見積書

長崎市長　あて

住所

商号又は名称

代表者役職氏名　　　　　　　　　　　　印

件　　　名　　　　保健所許認可システム導入事業

参考見積額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（うち消費税及び地方消費税額　　　　　　　　　円）

　　　　　内　訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　名 | 単位 | 数量 | 金額 | 摘要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |  |
| 消費税及び地方消費税額 |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |

　　　　　　　　（値引き、マイナス計上の項目をしないこと）

履行期間　　契約日～令和13年8月31日

　　　　　履行場所　　長崎市地域保健課、健康づくり課、生活衛生課、動物愛護管理センター、

保健環境試験所

様式　シ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（あて先）長崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

ＦＡＸ

質　　問　　書

保健所許認可システム導入事業の提案書について、次の事項を質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 回答 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式　ス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

質問回答書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長崎市長　　　　　　　　　　　　印

　１　件名

　２　回答日時　　　　　　　　　　年　　月　　日

　３　質問事項　　　　　　別紙のとおり

　４　質問回答書　　　　　別紙のとおり

　５　追加説明資料　　　　別紙のとおり

様式　セ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

ヒアリング予定表

　１　場所

　２　実施日時　　　　　　　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分

　３　出席者

　４　実施方法　　　　　　説明は、提出された提案書のみを使用してください。

　　　　　　　　　　　　　追加資料の持ち込み等は禁止します。また、説明は120分程度で行い、30分程度の質疑応答とします。