

(様式1)

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

【参加申込者】

所在地

法人名

代表者

印

連絡先 (電話番号)

(FAX番号)

(電子メール)

市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務

プロポーザル参加申込書

私は、「市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務プロポーザル募集要領」に基づき、「市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務」プロポーザルに参加します。

(様式2)

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

【提案者】

法人名

所在地

代表者職氏名

印

市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務
企画提案書

岐阜県が実施する「市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務」に係る企画提案に参加したいので、下記書類を添えて企画提案書を提出します。

なお、下記書類の記載事項は全て事実と相違ないことを誓約します。

記

添付書類

- 別紙1：企画案の内容等について
- 別紙2：全体スケジュールについて
- 別紙3：受託業務実績書
- 別紙4：委託業務の実施体制について
- 別紙5：社会的課題への取組み

<記入上の留意点>

- ※仕様書に沿って具体的な記載をお願いします。
- ※適宜行間を調整して作成してください。
- ※文字サイズは10ポイント以上としてください。また、枚数制限はありませんが、添付書類等を含めて原則片面印刷に統一してください。
- ※表や図などについては、別資料とすることも可とします。

企画案の内容について

①市町村データの分析について

※仕様書に基づくデータ分析項目（10項目以上）について項目名とその内容（分析により明確にする要因、課題等を含む。）を記載してください。

②分析結果資料の作成について

※分析データと分析コメント（データの傾向と解説、データから見える市町村の特徴及び課題等）の作成に当たり、次のア、イについて記載してください。

ア 重視するポイント

イ 活用する技術的ノウハウ（専門的知見などを含む。）

※本委託業務類似のデータ分析結果があればそれを参考とし、分析結果資料の作成イメージ（一例）を示してください。

③市町村評価支援資料の作成について

※上記①及び②の結果から、特定健診受診率等の結果改善のための提案及び「ポピュレーションアプローチ」と「ハイリスクアプローチ」の取組提案の作成に当たり、次のア、イについて記載してください。

ア 重視するポイント

イ 活用する独自のノウハウ（専門的知見などを含む。）

※本委託業務類似の特定健診等におけるアドバイス結果があればそれを参考とし、想定される市町村への提案・取組提案（一例）を示してください。

④市町村向け研修会の開催について

※研修内容の充実のために工夫する点として、研修の内容、講師の予定者・選定理由、研修効果等について記載してください

⑤その他（特記すべき提案がある場合）

全体スケジュールについて

※事業実施におけるスケジュールを記載してください。

なお、スケジュールは表形式で作成し、仕様書の「業務内容」に記載されている業務項目ごとにその工程をわかりやすく明示してください。

また、事業実施に係る関係者との連絡調整の必要がある場合は、その内容について記載してください。

受託業務実績書

●本委託業務と類似の業務実績について以下の表に記入してください。

1	業務名			
	発注者		受注金額	千円
	業務期間			
業務概要				
成果・特色				
2	業務名			
	発注者		受注金額	千円
	業務期間			
業務概要				
成果・特色				
3	業務名			
	発注者		受注金額	千円
	業務期間			
業務概要				
成果・特色				

※過去5年間の業務について、最大3件まで記載すること。

なお、記載した業務について、契約書等の写しを添付すること。

委託業務の実施体制について

- 本委託業務の「実施体制」を、スタッフの経歴・能力等も含めてわかりやすく示してください。
委託業務を実施するにあたって法人の特色（経験、知識、資格等）及び優位性があれば記載してください。
- 本委託業務の「取得情報に係るセキュリティー体制」を、取得した情報に係る取得・保管方法、事業終了時の返還・消去方法等の事故防止対策も含めて示してください。
- 「プロポーザル募集要領」第3の1参加要件「（7）プライバシーマーク（JIS Q 15001に従う第三者適合性評価制度の取得も可）の付与若しくは委任業務を行う範囲においてISO/IEC27001（JIS Q 27001）の認証を受けている、又は個人情報について適切な保護措置を講ずるため策定した内部規程により、組織として個人情報保護体制が整備していること。」の要件を満たしている内容を記載してください。

社会的課題への取組み

※下表の「評価の要件」を確認し、該当するものにチェックを入れてください。

※各項目の左側（達成等）をチェックした場合は、それを証明する「添付書類」を添付してください。

項目	評価の要件
仕事と家庭の 両立支援	<p>◆ 岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進企業登録制度への登録状況又は厚生労働省くるみん認定状況 <input type="checkbox"/> 登録して（認定されて）いる <input type="checkbox"/> 登録して（認定されて）いない （添付書類） ・登録（認定）証の写し（有効期限内のもの）</p> <p>◆ 岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進エクセレント企業登録制度への認定状況又は厚生労働省プラチナくるみん認定状況 <input type="checkbox"/> 認定を受けている <input type="checkbox"/> 認定を受けていない （添付書類） ・認定証の写し（行動計画期間内のもの）</p>
障がい者雇用	<p>（1）障害者雇用促進法に規定する障害者雇用状況の報告義務を有する事業者（従業員 43.5 人以上）</p> <p>◆ 直近 6 月 1 日現在の障がい者の法定雇用率の達成状況 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 （添付書類） ・直近 6 月 1 日現在で、主たる事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出した「障害者雇用状況報告書」の写し</p> <p>（2）障害者雇用状況の報告義務が無い事業者（従業員 43.5 人未満） ※（1）以外の事業者</p> <p>◆ 現時点での障がい者の雇用状況 <input type="checkbox"/> 1 人以上採用している <input type="checkbox"/> 採用していない （添付書類） ・障がい者を雇用していることを証明する書類 ・身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保険福祉手帳の写し（提出にあたっては、利用目的を明らかにしたうえで、本人の同意を得てください。） ・雇用保険被保険者資格取得時に公共職業安定所から交付される「雇用保険被保険者資格喪失届・氏名変更届」（公共職業安定所において印字されたもの）の写し</p>
若者の採用・ 育成	<p>◆ 若者雇用促進法に基づく「ユースエール認定企業」に認定されているか <input type="checkbox"/> 認定されている <input type="checkbox"/> 認定されていない （添付書類） ・認定証の写し</p>

(様式3)

法人概要書

(ふりがな) 法人の名称	()	
所在地	〒 -	
設立年月日	西暦 年 月 日	
資本金	円	
売上高	円 (年 月期実績)	
税引前当期利益	円 (年 月期実績)	
代表者	役職 氏名	
従業員数	名 (うち、正規雇用者 名)	
法人の組織図	※「別紙のとおり」とし、書類を添付しても構いません。	
担当者	所属	
	職・氏名	
	連絡先	住所：〒 電話： ファックス： 電子メール：
事業内容		

(様式4)

誓 約 書

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

法人名

所在地

代表者職氏名

印

市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務のプロポーザルに参加するに当たり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

- 1 プロポーザル参加の要件を満たしています。
- 2 提出した書類に虚偽又は不正はありません。

(様式5)

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務
見積書

法人名：

所在地：

代表者職氏名：

印

※企画提案書で提案した内容は、すべて本書に反映してください。
※行は実情に応じて追加・削除してください。
※列幅は実情に応じて調整してください。
※当該様式に沿ったものであれば、エクセル等を用いて作成しても構いません。

項目	内容	数量	単位 呼称	単価	金額(円) ※税別	備考
① 計						
②一般管理費 【①×10%以内】						
③小計 (①+②)						
④消費税及び地方消費税 【③小計×10%】						
⑤合計 (③+④)						

(様式6)

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部国民健康保険課長 様

募集要領等に関する質問書

市町村の特定健診等に係るデータ分析及び評価支援事業委託業務プロポーザル募集要領等について、質問事項がありますので提出します。

法人名等 :
所在地 :
担当者名 :
電話 :
F A X :
電子メール :

質問項目	(募集要領または仕様書の別・項目、ページ数等)
内 容	

(注意) 質問事項は、当様式1枚につき1問とし、簡潔に記載してください。

提出先 岐阜県健康福祉部国民健康保険課
〒500-8570 岐阜市藪田南2丁目1番1号
F A X 058-278-2886
E-mail c11218@pref.gifu.lg.jp