【様式１】

令和５年　月　　日

岐阜県清流の国推進部

デジタル推進局デジタル戦略推進課長　様

DX推進地域連携協議会にかかる運営支援業務委託

企画提案書

法人等・共同体名称：

所在地：

代表者職氏名：

印

* 適宜行間を調整して作成してください。
* 日本工業規格Ａ４縦型（一部Ａ３版資料折込使用可）とします。
* 使用する言語は日本語、文字サイズは１０ポイント以上、通貨は日本円、単位は日本の標準時及び計量法によるものとします。
* 両面で20ページ以内とします。

# 事業の概要

　（１）事業名

DX推進地域連携協議会にかかる運営支援業務委託

　（２）事業実施期間

契約締結日　～　令和６年３月２９日（金）

　（３）見積価格

　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税含む）

※ 必須記載項目は以下のとおり

※ 必要に応じ、任意の別紙を追加することも認められます。

# 企画案の内容等、提案のセールスポイント

※ 仕様書の記載内容を踏まえ、協議会の運営方針、先進事例の情報収集方法、コーディネーターの人選及びその理由、招へいする専門家の提案、など、具体的に記載してください。

（１）協議会の運営

（２）コーディネーター・専門家（講師）

（３）その他の提案について

※協議会の運営に資する効果的な取り組みとして、独自に提案することがある場合に記載してください。

# 実施計画

※ 本業務を実施するための全体スケジュールについて、表等で分かり易く記載してください。

# 実施体制

　　　※ 統括責任者、業務担当者等の人員体制について、表等で分かり易く記載してください。本業務に関係する資格・経験・能力等についても適宜記載してください。

# 類似業務実績

　　　※ 本業務と類似業務の実績がある場合、以下に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務名 |  |
| 発注機関／履行期間 | ／ |
| 業務内容 | ※ 本業務と関連する部分を中心に具体的に記入して下さい。 |

※2018年4月１日以降に完了した業務で、最大３件までとします。

# 経営基盤

　（１）個別の経営成績及び財務状態

　　※直近3事業年度の経営成績及び財政状態について、以下の表に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 直近（　　年　月期） | （　　年　月期） | （　　年　月期） |
| 売上高 |  |  |  |
| 営業利益 |  |  |  |
| 経常利益 |  |  |  |
| 当期純利益 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 資産合計 |  |  |  |
| 負債合計 |  |  |  |
| 純資産合計 |  |  |  |

（２）連結の経営成績及び財務状態

　　※直近3事業年度の経営成績及び財政状態について、以下の表に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 直近（　　年　月期） | （　　年　月期） | （　　年　月期） |
| 売上高 |  |  |  |
| 営業利益 |  |  |  |
| 経常利益 |  |  |  |
| 当期純利益 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 資産合計 |  |  |  |
| 負債合計 |  |  |  |
| 純資産合計 |  |  |  |

※親会社がある場合は、親会社についても同様に記載してください。なお、親会社が証券取引法の適用会社においては、親会社の個別及び連結の経営成績及び財務状態を、不適用会社においては、個別又は連結のいずれかの経営成績及び財務状態を（可能な場合はどちらも）記載してください。

※共同体として応募する場合、構成員毎に記載してください。

# 社会的課題への取組

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。

（「障がい者雇用」については、（１）（２）のいずれか該当する方にチェック願います。）

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（1点） | ◆ 厚生労働省「くるみん認定」を受けているか。　　　□　認定を受けている　　□ 認定を受けていない　（添付書類）　　・認定通知書の写し |
| 障がい者雇用（1点） | （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）* 令和４年３月１日現在の障がい者の法定雇用率（2.3％）
* 達成　　□ 未達成

　（添付書類）　　・令和４年３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（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* 現時点での障がい者の雇用状況
* １人以上採用している　　□ 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 |
| 若者の採用・育成（１点） | * 厚生労働省「ユースエール認定」を受けているか。
* 認定を受けている　　□　認定を受けていない

（添付書類）　・認定通知書の写し |

【様式２】

法人等概要書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）名称 | （　　　　　　　） |
| 所在地 | （〒　　　　） |
| 設立年月日 | 　　　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） |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者連絡先 | （〒　　　　）住所電話番号：　　　　　　　　　　　　FAX：電子メール： |
| 理念活動目的等 |  |
| 事業内容 |  |
| 事業の主な特色・実績等 |  |

※各項目の幅は、適宜調整してください。なお、１枚以内に納めてください。

※共同体として応募する場合は、すべての者の分を提出してください。

【様式３】

誓 約 書

令和５年　　月　　日

岐阜県知事　様

法人等・共同体名称

代表者氏名

印

（共同体の場合、構成員連名で押印してください。）

　DX推進地域連携協議会にかかる運営支援業務委託のプロポーザルに参加するにあたり、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。