

(様式1)

令和 年 月 日

重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務
企画提案競技参加申出書

鹿児島市長 殿

住 所 〒
名称・商号
代表者氏名

重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務における企画提案競技に参加したいので、重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務企画提案競技実施要領に基づき、参加申出書を提出します。

なお、告示第646号（令和7年5月9日）に定められた資格要件を満たしていることを誓約します。

| 項 目 | | 内 容 | |
|-------|---------|------|-------|
| 会 社 名 | | | |
| 担 当 者 | 郵便番号・住所 | 〒 | |
| | 所 属 | | |
| | 役 職 | | |
| | 氏 名 | | |
| | 電話・FAX | (電話) | (FAX) |
| | E-mail | | |

(様式2)

会社概要書

| | |
|-----------------|------|
| 商号又は名称 | |
| 代表者職氏名 | |
| 住所（所在地） | |
| 設立年月 | |
| 資本金 | |
| 令和7年4月末現在での営業年数 | 年 箇月 |

1 鹿児島市内設置の事務所等の概要

| 事業所名 | 所在地 | 事業所代表者 | TEL/FAX |
|------|-----|--------|---------|
| | | | |

2 会社資格

| 資格（プライバシーマーク・ISMS等） | 取得年月日 |
|---------------------|-------|
| | |

(様式3)

業務実績調書

名称・称号 _____、

| 委託者名 | 受託した業務内容 | 契約期間 | 通知件数と 分析結果 |
|------|----------|---------------------|---------------|
| | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |

1. 令和2年度以降に、元請けとして実施した業務実績を記入すること。
2. 必要に応じて、行を追加すること。

(様式4)

令和 年 月 日

鹿 児 島 市 長 殿

委 任 状 兼 使 用 印 鑑 届

私は次の者を代理人と定め、重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務企画提案競技参加申出書、企画提案競技に関する一切の権限を委任するとともに、下記の印鑑を使用します。

委任者

所在地

名称・商号

代表者名

社 印

印鑑登録印

受任者

所在地

名称・商号

職・氏名

社 印

受任者印
(使用印)

(様式5)

企 画 提 案 書

| | |
|--------------------------------------|--|
| 提案する取組の名称 | |
| 企画提案の概要 ※コンセプトや実施内容など詳細に記載してください。 | 実施体制 ・本業務に携わる人員体制 ・業務実施スケジュール |
| | 業務内容 ・通知対象者の抽出方法 ・通知内容等（お尋ね票含む）のデザイン企画 ・通知前後の分析方法・分析結果、本市への報告方法 ・電話相談窓口対応 ・医師会や薬剤師会への事業内容周知資料作成 ・個人情報の取り扱い、被保険者に係るデータの管理 |

※ 継紙を使用しても、差し支えありません。

※ 内容等がわかる資料がある場合は、添付してください。

(様式6)

見積書

| 項目 | 予算額 (単位：円) | 内訳 |
|----------------|---------------|----|
| 諸謝金 | | |
| 旅費交通費 | | |
| 通信運搬費 | | |
| 消耗品費 | | |
| 印刷製本費 | | |
| 賃借料 | | |
| 保険料 | | |
| 人件費 | | |
| 雑費 | | |
| 小計 | | |
| 消費税及び 地方消費税 | | |
| 合計 | | |

支出の「項目」は、必要に応じて項目を修正・追加してください。

(様式7)

業 務 実 施 体 制 調 書

| | | | |
|-----------------|-----|-----|--------|
| 業務責任者 | 氏 名 | 年 齢 | 実務経験年数 |
| | | | |
| 本業務での担当 業務内容 | | | |
| 担 当 者 | 氏 名 | 年 齢 | 実務経験年数 |
| | | | |
| 本業務での担当 業務内容 | | | |
| 担 当 者 | 氏 名 | 年 齢 | 実務経験年数 |
| | | | |
| 本業務での担当 業務内容 | | | |

1. 委託期間中を通して本業務に従事する業務責任者、担当者を記入。
2. 必要に応じて、行を追加すること。
3. 副本は、氏名欄を空白とすること。

(様式8)

令和 年 月 日

質 問 書

重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務委託について、次のとおり質問します。

鹿 児 島 市 長 殿

住 所 〒

名称・商号

担当者氏名

電話

FAX

E-mail

| No. | 資料名 | ページ | 番号等 | 質 問 | 回 答 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

1. 質問がある場合は、令和7年6月5日（木）午後5時15分までに電子メールで提出すること。
2. 質問及びその回答内容は、令和7年6月6日（金）までに、市ホームページで回答する。なお、質問受付期限を過ぎてなされた質問には回答しない。
3. 連絡先等 kokuho-hoken@city.kagoshima.lg.jp

(様式9)

令和 年 月 日

重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務における
企画提案競技参加辞退届

鹿児島市長 殿

住 所 〒
名称・商号
代表者氏名

重複・多剤服薬者に係る適正受診・適正服薬促進事業業務における企画提案競技について、下記の理由により参加を辞退します。

理 由

| |
|--|
| |
|--|

【連絡先】

所 属

氏 名

電 話

F A X

E-mail