（様式１）

令和　　年 　月 　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　印

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。

件名：アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

Ｅ－mail

（様式２）

令和　　年　　月　　日

参加意向申出書（共同提案（ＪＶ））

|  |
| --- |
| 幹事者の商号又は名称 |

参加意向申出者（幹事者以外の共同提案者）

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職　氏名 | 印 |
| 住　　　 所 | 〒　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職　氏名 | 印 |
| 住　　　 所 | 〒　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職　氏名 | 印 |
| 住　　　 所 | 〒　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職　氏名 | 印 |
| 住　　　 所 | 〒　　　－ |

　　※記載欄が足りない場合は、本書を複写して使用すること

（様式３）

令和　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

誓　　約　　書

下記の資格要件については、事実と相違ないことを誓約します。

１　令和元・２年度の横浜市一般競争入札有資格者名簿に登載され、営業種目「映画・ビデオ制作」の登録順位が２位以内である者。

２　「参加意向申出書（第１号様式）」を提出してから受託候補者の特定までの間において、「横浜市指名停止等措置要綱（平成16年４月１日制定）」の規定による停止措置を受けていない者。

　３　履行期間満了まで、業務を履行できる者。

４　銀行取引停止処分を受けていない者。

５　横浜市暴力団排除条例第２条に規定する暴力団等と関係を有しない者。

６　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４に該当していない者。

７　破産法（平成16年法律第75号）に基づき破産手続開始の申立てがなされていない者。

８　会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく再生手続き開始の申立、又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続きの申立がなされている者（更生又は再生の手続開始の決定がなされている者で、履行不能に陥る恐れがないと本市が認めた者を除く。）でないこと。

９　宗教活動や政治活動を主たる目的としていない者。

（※）１の資格要件について

複数の事業者による共同提案を行う場合には、共同提案者のうち１事業者以上が満たしていれば良い。

以上

（様式４）

令和　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

|  |
| --- |
| 所　 在　 地  商号又は名称  代表者職氏名 |

質　　問　　書

業務名：アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答の送付先 | |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

（様式５）

令和　　年 　月 　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）様

横浜市契約事務受任者

提案資格確認結果通知書

次の件について、提案資格確認結果を通知します。

件名：アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

結果①：資格を有することを認めます。

結果②：次の理由により特定しませんでした。

理由：××のため

※上記理由について説明を希望される方は、令和３年　　月 　日までに医療局がん・疾病対策課へその旨を記載した書面を提出してください。

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

Ｅ－mail

（様式６）

令和　　年 　月 　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）様

横浜市契約事務受任者

プロポーザル関係書類提出要請書

次の件について、所定の期日までに提案書等を提出していただきたく通知します。

件名：アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

提出書類

１　提案書（様式７）（提出期限：令和　年　月　日）

２　提案書添付資料　①～⑨

その他関係書類

１　様式類電子データ

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

Ｅ－mail

（様式７）

令和　　年 　月 　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　印

提 案 書

次の件について、提案書を提出します。

件名：アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

Ｅ－mail

（様式８）

令和　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

辞　退　届

　　次の件について、プロポーザルへの参加を辞退します。

件名： アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

理由：

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail

（様式９）

令和　　年 　月 　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）様

横浜市契約事務受任者

結　果　通　知　書

貴社から提出のあった次の案件について、審査結果を次の通り通知します。

件名：アドバンス・ケア・プランニング普及啓発ドラマ制作業務委託

結果①：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。

結果②：次の理由により特定しませんでした。

理由：××のため

※上記理由について説明を希望される方は、令和３年　　月 　日までに医療局がん・疾病対策課へその旨を記載した書面を提出してください。

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

Ｅ－mail