（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　甲斐　豊　　様

住所又は所在地

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　㊞

参　加　申　込　書

令和７年度阿蘇市病院事業外国人看護補助者確保業務委託業者選定に係るプロポーザルに参加したいので、必要な書類を添えて申し込みます。

記

１　添付書類

（１）参加申込書類確認表（様式第２号）

（２）誓約書（様式第３号）

（３）履行確約書（様式第４号）

（４）会社のパンフレット等

（５）受託実績を証する契約書の写し（任意の一契約）、又は事業実績を証明する書類の写し

（６）法務局が発行する法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書（写し可）

※法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書は提出日の３ヶ月以内に発行されたものとする。

（７）納税証明書（未納額がないことがわかる証明書）（写し可）

※納税証明書は提出日の３ヶ月以内に発行されたものとする。

　　　ア　法人税（個人事業者にあっては所得税）

　　　イ　消費税及び地方消費税

　　　ウ　阿蘇市に本社、支店、営業所等がある場合には阿蘇市発行の市税（徴収猶予又は非課税の扱いを受けている者を除く）

※ア及びイの納税証明書は「３の３（個人事業者にあっては３の２）」で提出すること。

※ウに該当する場合は阿蘇市が交付する「未納がない証明書」を提出すること。

　（８）外部委託先に関するセキュリティ要件のチェックシート（様式第５号）

２　連絡先等

|  |  |
| --- | --- |
| （１）住所又は所在地 |  |
| （２）担当者所属等 |  |
| （３）担当者職・氏名 |  |
| （４）電話番号 |  |
| （５）ＦＡＸ番号 |  |
| （６）メールアドレス |  |

３　熊本県内の本社、支店、営業所の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| （１）住所又は所在地 |  |
| （２）代表者職・氏名 |  |
| （３）電話番号 |  |
| （４）ＦＡＸ番号 |  |
| （５）メールアドレス |  |

（様式第２号）

参加申込書等提出書類確認表

|  |
| --- |
| 住所又は所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当者所属・職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 提出書類の種類 | 提出 | 形態 | 提出部数 | 確認欄 |
| 書類 | 参加者 | 事務局 |
| ① | 参加申込書（様式第１号） | 必須 | 原本 | １ | 　 | 　 |
| ② | 参加申込書等提出書類確認表（様式第２号） | 必須 | 原本 | １ | 　 | 　 |
| ③ | 誓約書（様式第３号） | 必須 | 原本 | １ | 　 | 　 |
| ④ | 履行確約書（様式第４号） | 必須 | 原本 | １ |  |  |
| ⑤ | 会社のパンフレット等 | 必須 | 原本 | １ | 　 | 　 |
| ⑥ | 受託実績を証する契約書（任意の一契約）又は事業実績を証明する書類の写し | 必須 | 写し | １ | 　 | 　 |
| ⑦ | 法務局が発行する法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書 | 必須 | 写し | １ | 　 | 　 |
| ⑧ | 所轄税務署発行の課税に滞納がないことの証明書　（納税証明書３の３又は３の２） | 必須 | 写し | １ | 　 | 　 |
| 《法人税、消費税及び地方消費税》 |
| 阿蘇市発行の課税に滞納がないことの証明書　（未納がない証明書） | 該当する場合必須 | 写し | １ | 　 | 　 |
| ⑨ | 外部委託先に関するセキュリティ要件のチェックシート（様式第５号） | 必須 | 原本 | １ |  |  |

※ 提出前には、確認表で必要書類が揃っているか、必ず確認してください。

※ 参加者の確認欄に必ずチェックしてください。

※　参加申込書類の先頭の提出書類にこの確認表を添付し、すべての書類を記載された番号順にファイルし、不足・不備等がないよう提出してください。

※　証明書については、各発行官公署等において定めた様式で発行されたもので、提出日の3ヶ月以内に発行されたものに限ります。

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　甲斐　豊　　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 印

誓約書

令和７年度阿蘇市病院事業外国人看護補助者確保業務委託業者選定に係る提案に参加するにあたり、地方自治法施行令第１６７条の４第１項に該当するものでないこと及び本申込書及び添付資料の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

なお、選定結果について、異議を申し立てません。

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　甲斐　豊　　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 印

履　行　確　約　書

令和７年度阿蘇市病院事業外国人看護補助者確保業務委託業者選定について弊社が契約した場合、契約書（案）・仕様書等の書類を確認の上、本契約を履行できることを確約します。

（様式第５号）

外部委託先に関するセキュリティ要件のチェックシート

事業名：

業者名：

記入日： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目  | 確認事項  | チェック欄 |
| １　基本事項  | 契約に係るデータ及び知り得た秘密等の取扱いについて、その重要性を認識し、適切に取り扱うことができる。  | □  |
| ２　法令等遵守  | 個人情報の保護に関する法令等を遵守することができる。  | □  |
| ３　秘密の保持  | 契約の履行に際して知り得た秘密は他に漏らさない。 ※契約の終了後、解除後及び職を退いた場合においても同様とする。  | □  |
| ４　目的外使用及び第三者への提供禁止  | 契約に係るデータは、病院が指示する目的以外に使用しない。また第三者に対して提供しない。  | □  |
| ５　データの受領  | 病院からデータ等の提供を受ける場合は、データ等の受領証を作成し、病院に提出することができる。  | □  |
| ６　データの持ち出し  | 病院の環境からデータを持ち出す場合は、データ持ち出し許可書（持ち出す目的、データの内容及び暗号化等の対策等）を作成し、病院に提出することができる。  | □  |
| ７　複写及び複製の禁止  | 本契約に係るデータを病院の承認なく、用紙又は記録媒体等に複写及び複製しない。  | □  |
| ８　安全管理義務  | 契約に係るデータの管理責任者を定め、業務の従事者を限定することができる。  | □  |
| 契約に係るデータを取り扱う場所を特定することができる。  | □  |
| 紛失、損傷、焼失及び不正アクセス等の事故が生じないよう安全かつ適切な管理体制を整備している。  | □  |
| ９　データの返却・消去  | 病院から借用したデータは、速やかに返却することができる。また、借用したデータを複製及び保存した場合は、消去し、消去したことが分かる書類を市に提出することができる。  | □  |
| 10　記録媒体の廃棄  | 契約の履行上、病院から廃棄指示がある場合の記録媒体等は、確実に物理的破壊し、又は全ての記録を復元不可能な状態に消去した後に廃棄し、廃棄したことが分かる書類を病院に提出することができる。  | □  |
| 項目  | 確認事項  | チェック欄 |
| 11　監査  | 病院から契約の履行に関し、受託者又は再委託先への監査を求められたときは、速やかに監査に応じることができる。  | □  |
| 12　教育  | 従業者に対して、データの保護及び秘密の保持等データの取扱いに関し、履行すべき責務について十分な教育を行っている。  | □  |
| 13　事故発生の報告義務  | 安全管理措置等が履行できない場合及び情報漏えい等の事故が発生した場合等に備え、直ちに市へ通知、報告できる体制を整備している。  | □  |
| 14　再委託の禁止  | 病院の承諾なしに、業務を第三者に委託し又は請け負わせることはない。 ※病院の承諾を受けて再委託した場合は、再委託者に本契約の規定を遵守させること。  | □  |

（参考様式）

令和　　年　　月　　日

阿蘇市病院事業管理者　甲斐　豊　　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 印

辞　退　届

令和　　年　　月　　日付けで申込みました令和７年度阿蘇市病院事業外国人看護補助者確保業務委託業者選定に係るプロポーザルへの参加を辞退いたします。

* １　提案申請書提出前の辞退

□　２　提案申請書提出後の辞退

　※２の場合の理由

|  |
| --- |
|  |

連絡先等

（１）住所又は所在地　　〒

（２）担当者所属等

（３）担当者職・氏名

（４）電話番号

（５）ＦＡＸ番号

（６）メールアドレス

（参考様式）

令和　　年　　月　　日

質　　問　　票

阿蘇市病院事業管理者　甲斐　豊　　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 印

令和７年度阿蘇市病院事業外国人看護補助者確保業務委託仕様書について質問票を別紙のとおり提出します。

連絡先　　所属・職名

　　　　　 氏名

　　　　　 電話番号

　　　　　 ＦＡＸ

　　　　 Ｅ-mail

質問事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問の種別、頁 | 質問内容 | 回答 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |

※「質問の種別」には「○○○について」など質問内容の分類を記述すること。

※送付先：電子メールinfo@aso-mc.jpへ質問票ファイルを添付して送付すること。