（別記様式１）

令和７年度医療費適正化啓発業務　応募意思表明書

令和７年　　月　　日

香川県知事　池田 豊人　殿

（応募者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名

 「令和７年度医療費適正化啓発業務」の応募の条件等を了解し、応募します。

担当者職・氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ

※令和７年５月15日（木）17:00までに提出してください。

（別記様式２）

応募資格に適合する旨の宣誓書

令和７年　　月　　日

香川県知事　池田豊人　殿

（応募者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名

 「令和７年度医療費適正化啓発業務」に応募するに当たり、応募資格である下記事項をすべて満たしていることに相違ありません。

記

(1)地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない

(2)香川県物品の買入れ等に係る指名停止等措置要領（平成11年香川県告示第787号)に基づく指名停止措置を現に受けていない

(3)会社更生法（平成14年法律第154号）による更生手続開始の申立て又は民事再生法(平成11年法律第225号)による再生手続開始の申立てがなされている者ではない

　［あるいは、会社更生法に基づく更生手続開始の決定を受けた者又は民事再生法に基づく再生計画認可の決定（確定したものに限る。）を受けた者である。］

　(4)香川県税等に滞納がない

(5)県内に本店又は営業所、活動拠点を有する法人又は法人に準ずる団体であること

※令和７年５月15日（木）17:00までに提出してください。

（別記様式３）

令和７年度医療費適正化啓発業務に係る応募申請書

令和７年　　月　　日

香川県知事　池田 豊人　殿

（応募者）

所在地

商号又は名称

代表者氏名

　令和７年４月18日付けで公告のあった医療費適正化啓発事業委託業務について、下記の提出書類を添えて応募します。

記

１　チラシ原案　　　　　　　　　各10部

２　企画提案書　　　　　　　　　　 10部

３　見　　積　　書　　　　　　　　　　 10部

＜連絡先＞

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 職名・氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

（別記様式４）

医療費適正化啓発業務に関する質問票

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 |  |
| 担 当 者 名 |  |
| 連　絡　先 | ＴＥＬＦＡＸメールアドレス |
| 質 問 内 容 |  |

※令和７年５月15日（木）17:00までに電子メールにて提出してください。

（電子メール送信後に電話による着信の確認を行うこと。）