令和８年　　月　　日

令和８年度循環器病ＣＫＤ健診ハイリスク者及び治療中断者受診勧奨支援業務委託に係る企画提案書

神奈川県知事　黒岩　祐治　殿

所在地

商号又は名称

代表者（職・氏名）

　このことについて、別添のとおり提出します。

　提出部数　６部（１部のみ正本、５部は複写可）

（責任者）

　　所属

役職名

　氏名

　　　電話番号

　　　メールアドレス

（担当者）

　　所属

役職名

　氏名

　　　電話番号

　　　メールアドレス

事業者概要書

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  商号又は名称 |  | |
| 所在地 | 本社 |  |
| 本業務を受託する  支店又は営業所  ※本社と異なる  場合記載 |  |
| 電話 |  | |
| ファクシミリ |  | |
| 代表者の職･氏名 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金等 |  | |
| 前期年間売上等 |  | |
| 従業員数  (常勤･非常勤等) |  | |
| 業務内容 | （本委託業務に関連する業務内容を中心に記載） | |
|  |  | |

※　本提案用紙内の区切り線は目安です。記載欄内で上下に移動させて、各項目の文字数を調整することは可能です。複数ページにわたる場合は２ページを限度とします。

受託事業等実績一覧

１　循環器病・CKDに関する事業実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業名 | 発注者 | 受託期間 | 概要 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

２　糖尿病等、本事業類似事業実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業名 | 発注者 | 受託期間 | 概要 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

３　上記１、２受託事業で作成した受診勧奨通知の例（別紙可）

※１　最近５年間のうち、それぞれできる限り多く記載してください。

※２　本提案用紙内の区切り線は目安です。記載欄内で上下に移動させて、各項目の文字数を調整することは可能です。複数ページにわたる場合は別紙も含めて10ページを限度とします。