

(様式1)

# 質 問 書

年 月 日

福 山 市 長 様  
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

本店の所在地 \_\_\_\_\_  
商号又は名称 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_

所属・職名 \_\_\_\_\_  
名 前 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質問項目	(実施要領または仕様書の別・頁数等)
内 容	

(注意) 質問事項は、本様式1枚につき原則1問とし、簡潔に記載してください。

(様式2)

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務に係る  
公募型プロポーザル受付票

本店の所在地 \_\_\_\_\_  
商号又は名称 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_

書類を持参した者の所属・職名、名前、連絡先

所属・職名 \_\_\_\_\_  
名前 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_  
Eメール \_\_\_\_\_

提出書類確認欄

確認欄	書類(様式)	備考
	イ 参加申込書(様式3)	
	ウ 事業者概要書(様式4)	
	エ 実績報告書(様式4-1)	
	オ 商業登記簿謄本	写しでも可
	カ 提出期限の属する事業年度の直前の事業年度の財務諸表	
	キ 市税の完納証明書	原本 納税義務の無いものは申立書(様式5)
	ク 納税証明書	写しでも可
	ケ 印鑑証明書	原本
	コ 使用印鑑届(様式6)	実印と異なる印鑑を使用する場合
	サ 委任状(様式7)	支店長、営業所長等に委任する場合
	シ 誓約書(様式8)	

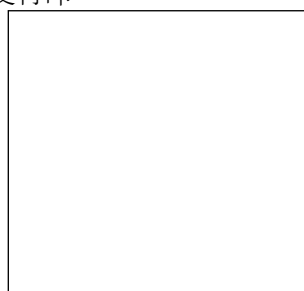
※オ及びキ～ケについては、提出日の3か月前の日以降に発行されたものとする。

※提出する書類の確認欄に○をつけること。

(受付)

福山市保健福祉局  
ネウボラ推進部ネウボラ推進課

受付印



(様式3)

## 参加申込書

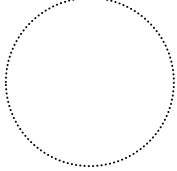
年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

申請者 本店の所在地 \_\_\_\_\_  
商号又は名称 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_

実印



(角印等を使用する場合は押印すること。)

次の案件について、実施要領等の内容を十分理解し、承諾した上で、プロポーザル（企画提案書に基づく選定）へ参加を希望するので、関係書類を添えて参加を申し込みます。

なお、この申込書及び添付書類の記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

### 【業務名】

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務

担当部署 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

Fax番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

# 参加申込書

年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

申請者 コンソーシアムの名称.....

.....(代表構成員).....

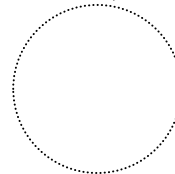
本店の所在地.....

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



※その他の構成員欄  
は必要に応じて追加  
してください。

.....(その他の構成員).....

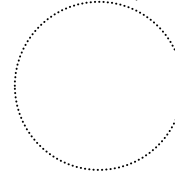
本店の所在地.....

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



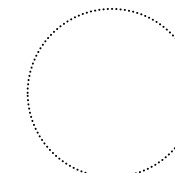
本店の所在地.....

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



次の案件について、実施要領等の内容を十分理解し、承諾した上で、プロポーザル（企画提案書に基づく選定）

へ参加を希望するので、関係書類を添えて参加を申し込みます。

なお、この申込書及び添付書類の記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

【業務名】

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務

担当部署 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

Fax 番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

# コンソーシアム届出書兼委任状

(様式 3 - 3)

年 月 日

福山市長 様

コンソーシアムの名称				
代表 構成員	所在地			
	名 称			
	代表者名	⑩		
	担 当 者	所属・役職		
		名 前		
		電 話		
		E - m a i l		
担当業務				
その他の 構成員 1	所在地			
	名 称			
	代表者名	⑩		
	担 当 者	所属・役職		
		名 前		
		電 話		
		E - m a i l		
担当業務				
その他の 構成員 2	所在地			
	名 称			
	代表者名	⑩		
	担 当 者	所属・役職		
		名 前		
		電 話		
		E - m a i l		
担当業務				

※欄が不足する場合は追加してください。

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務に係る公募型プロポーザルに参加するため、以上のとおりコンソーシアムを結成し、以下の権限を代表構成員に委任します。

委任事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務に係る公募型プロポーザルに係る参加表明及び企画提案に係る書類の提出に係る事項</li> <li>・その他公募の手続きに係る事項</li> </ul>
------	--

## 事業者の概要書

(ふりがな) 名 称	( )
所在地	(〒 )
設立年月日	年 月 日
資本金	円
直近の売上高	円 ( 年 月期実績)
直近の当期純利益	円 ( 年 月期実績)
代表者	役職 名前
従業員数	名 (うち、正規雇用者 名)
担当者名前	
担当者連絡先	(〒 ) 住所 電話番号： 電子メール：
理念・活動目的等	
業務内容	
業務の主な特色	

※各項目の幅は、適宜調整してください。

※記載内容は、適宜項目を修正してください。

## 実績報告書

商号又は名称 \_\_\_\_\_

※この部分は注意書き、記載例であるため、提出時には削除すること。

委託元	委託業務の内容 (業務名、契約期間、内容)	契約額 (千円)
(例) ○○市	業務名：○○市○○○基本構想策定業務 契約期間：××××年××月～××××年××月 内容：○○市○○を行った。	10,000
(例) ○○市	業務名：○○市○○○基本構想策定業務 契約期間：××××年××月～××××年××月 内容：○○市○○を行った。	5,000
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	
	業務名： 契約期間： 内容：	

※本件プロポーザル実施要領に基づき、類似業務の成果物（計画書、業務報告書又はそれに類する物）で代表的な物を1部添付すること（写しでも可）。

※共同体の場合全構成員を記載すること

※当該実績表の記載内容について疑義が生じた場合は、本市から当該官公庁等へ直接問い合わせることがある

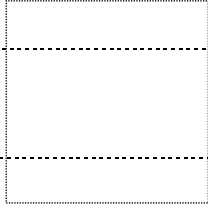
※受託件数が多数ある場合など、必要に応じて当該実績表を複製し、使用しても差し支えない。

申 立 書

年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

申 立 人	本店の所在地		実 印
(申請者)	商号又は名称		
	代 表 者 名		

(角印等を使用する場合は押印すること。)

私は、プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務に係るプロポーザルの参加申込を行うに当たり、次のとおり申し立てます。

- 1 福山市内に事務所、事業所又は住所を有していません。
- 2 福山市内に固定資産を有していません。
- 3 福山市内に居住する従業員又は福山市内に居住した従業員に係る市民税の特別徴収義務者ではありません。
- 4 その他、福山市に納付すべき確定した市税はありません。

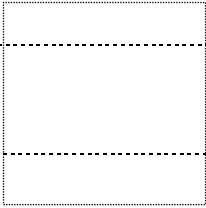
(注) この申立書は、福山市へ納税義務がない場合に提出してください。

福山市へ納税義務がある場合は、市税の完納証明書を提出してください。

# 使用印鑑届

年 月 日

福 山 市 長 様  
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

申請者	本店の所在地		実印
	商号又は名称		
	代表者名		

(角印等を使用する場合は押印すること。)

次の印鑑を、見積り、契約の締結並びに代金の請求及び受領のため使用したいので届出ます。

(使用印)

印 鑑	
--------	--

- ※この届出書は、代表者印と異なる印鑑を見積り及び契約時等に使用する場合のみ提出すること。
- ※(様式7)委任状を提出する場合、この届出書は不要です。



# 誓 約 書

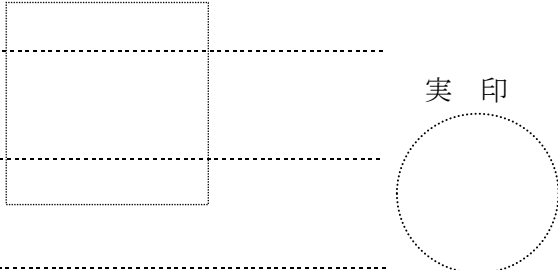
年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

本店の所在地.....  
商号又は名称.....  
代 表 者 名.....

実 印



(角印等を使用する場合は押印すること。)

私は、次の事項について誓約します。

これらに万一違反する行為があったときは、プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務に係るプロポーザル参加資格の取消処分を受けること、また、契約後の場合は本業務に係る契約の解除又は解約、及び違反によって福山市に生じた全ての損害を賠償することに異議を申しません。

- 1 プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務に係るプロポーザルの参加申込、企画提案及び見積りに当たり提出した添付書類を含む全ての書類は、真実に基づいて記載したものです。
- 2 次のいずれの者にも該当しません。
  - (1) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に定める者
  - (2) 民事再生法（平成11年法律第225号）又は会社更生法（平成14年法律第154号）の適用を申請し、再生手続開始又は更生手続開始の決定を受けていない者
  - (3) 公告日以降に福山市の指名除外措置若しくは指名留保措置又は入札参加資格の取消しを受けている者
  - (4) 福山市に納付すべき市税を滞納している者
  - (5) 国に納付すべき消費税及び地方消費税を滞納している者
- 3 本件プロポーザルに参加するに当たっては、企画提案、見積り、契約及び業務実施等に係る関係法令及び諸規定を遵守し、誠実にこれを履行します。
- 4 本件プロポーザルへの参加及び契約に関して知り得た情報を機密情報として扱い、他の目的への使用並びに第三者への開示及び漏洩をいたしません。
- 5 個人情報の保護に関する法律については、制定の趣旨を尊重し遵守します。
- 6 納付すべき市税については滞納しないことを誓約し、納付状況について調査されることに同意します。

(様式9)

福 ネ 第 号  
2026 年（令和 8 年） 月 日

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者名前) 様

福山市長 枝 広 直 幹  
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

### 参加資格確認結果通知書

次の件について、参加資格要件の確認結果を通知します。

件 名 : プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務

結 果① : 参加資格を有することを認めます。

結 果② : 次の理由により、参加資格を有することが認められません。

理 由 : ……

※ 上記理由について、説明を希望する者は通知日から7日以内にその旨を記載した書面を福山市（保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課）に提出してください。

〒720-8636 福山市元町1番1号 天満屋福山店7階  
福山市保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課  
担当者：占部・井上・池田  
連絡先：084-928-1162

(様式10)

# 企 画 提 案 書 提 出 書

年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

本 店 の 所 在 地 \_\_\_\_\_

商 号 又 は 名 称 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_

所 属 ・ 職 名 \_\_\_\_\_

名 前 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務に係る企画提案書等を、次のとおり提出します。

1 企画書 9部 (社名あり1部、社名なし8部)

2 提案見積書 9部 (社名あり1部、社名なし8部)

# 企画提案書提出書

年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

申請者 共同企業体の名称.....

.....(代表構成員).....

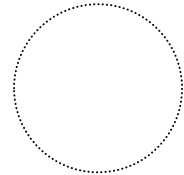
本店の所在地.....

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



.....(その他の構成員).....

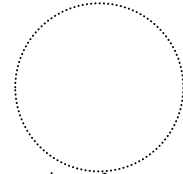
本店の所在地.....

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



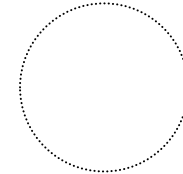
本店の所在地.....

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

実 印



※その他の構成員欄  
は必要に応じて追加  
してください。

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務に係る企画提案書等を、次のとおり提出します。

1 企画書 9部 (社名あり1部、社名なし8部)

2 見積書 9部 (社名あり1部、社名なし8部)

## 業務実施体制

### <実施体制図>

本業務の実施体制（提案者全体の体制図や提案業務における緊密な連携体制・配置人員、専任又は兼任の別等）について、記載してください。

--

### <経験等>

本業務に直接従事する職員の経験等について、記載してください。

職名等	名前	類似業務の経験実績、資格等取得状況、経験年数等
		(例) 実績 ○○業務 資格 ○○ 経験年数 ○○年

※記入欄が不足する場合、本書へ「別紙のとおり」と記載のうえ別紙を作成しても構いません。

※共同体での参加の場合は、商号又は名称も記載すること。

(様式12)

プレゼンテーション出席者報告書

年 月 日

福 山 市 長 様

(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

法人名  
(団体名)  
代表者名  
担当者  
電話番号

プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務委託プロポーザルに係るプレゼンテーションへの出席予定者を次のとおり報告いたします。

役 職	名 前	備 考

※出席予定者は、業務担当責任者を含む3人までとします。

(様式13)

福 ネ 第 号  
2026年(令和8年) 月 日

(所在地)  
(商号又は名称)  
(代表者名前) 様

福山市長 枝 広 直 幹  
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

評 価 結 果 通 知 書

次の件について、評価結果を通知します。

件 名 : プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運営業務

評価結果

参加業者名	評価結果(満点)				
	評価項目① (点)	評価項目② (点)	評価項目③ (点)	評価項目④ (点)	合計点 (点)
貴社					
受注候補者					
次順候補者					
A社					
B社					
C社					

※ 上記評価結果について、説明を希望する者は通知日から7日以内にその旨を記載した書面を福山市(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)に提出してください。ただし、選定結果通知書において、受注候補者となった者、選定結果が保留となった者は、企画提案が不採用となるまでの間は、評価結果に対する説明を求めることができません。

〒720-8636 福山市元町1番1号 天満屋福山店7階  
福山市保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課  
担当者: 占部・井上・池田  
連絡先: 084-928-1162

(様式14)

福 ネ 第 号  
2026 年（令和 8 年） 月 日

(所在地)

(商号又は名称)

(代表者名前) 様

福山市長 枝 広 直 幹  
(保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課)

### 選 定 結 果 通 知 書

次の件について、選定結果を通知します。

件 名 : プレコンセプションケア啓発事業「ふくやま保健室」運營業務

選定結果：あなたの企画提案を 採用 ・ 不採用 ・ 保留 とします。

(採用の場合)

- あなたの企画提案を採用し、あなたを受注候補者とします。  
本通知は契約の締結を約束するものではありません。仕様書の協議が整わない場合や見積不調となった場合などには、あなたの提案を不採用とすることがあります。(その場合は、別途通知します。)

(保留の場合)

- あなたの企画提案は評価の結果、第〇位となっています。  
現在の受注候補者と契約締結に向けた協議が整わない場合、順位を繰り上げてあなたを受注候補者とする場合があります。  
あなたが受注候補者となった際には、別途通知します。なお、2026 年（令和 8 年）〇月 〇日までに通知がない場合は、あなたの企画提案は不採用とします。

〒720-8636 福山市元町1番1号 天満屋福山店7階  
福山市保健福祉局ネウボラ推進部ネウボラ推進課  
担当者：占部・井上・池田  
連絡先：084-928-1162