

公募型企画プロポーザル参加申請書

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 向井 順子 様

住 所 又 は
事 務 所 所 在 地
商 号 又 は 名 称
氏名又は代表者氏名

次の事業にかかる公募型企画プロポーザルに参加したいので、資料を添えて申出ます。
なお、資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

1 業務名称

生活保護担当職員スキルアップ（研修）事業業務委託

2 企画プロポーザル参加資格審査資料

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> ① 公募型企画プロポーザル参加申請書【様式1】 | 1部 |
| <input type="checkbox"/> ② 職員研修事業（類似事業）受託実績調書【様式2】 | 1部 |
| <input type="checkbox"/> ③ 企画提案書（経費見積りを含む） | 7部 |
| <input type="checkbox"/> ④ 誓約書【様式3】 | 1部 |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 事業者概要（任意様式） | 7部 |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 直近2期分決算報告書 | 各1部 |
| (財務諸表のうち、貸借対照表、損益計算書、財産目録及び事業報告書) | |
| <input type="checkbox"/> ⑦ 登記事項証明書（履歴事項全証明書） | 1部 |
| <input type="checkbox"/> ⑧ 印鑑証明書 | 1部 |
| <input type="checkbox"/> ⑨ 使用印鑑届【様式4】 | 1部 |
| <input type="checkbox"/> ⑩ 法人税・消費税及び地方消費税に未納税がない証明書 | 1部 |
| (税務署発行の納税証明書その3様式) | |
| <input type="checkbox"/> ⑪ 法人市民税・固定資産税の納税証明書 | 1部 |
| (非課税等の理由で本証明が提出できない場合には、その旨を記載した
理由書（様式任意）) | |

3 連絡先

所 属 名
担 当 者 名
電 話 番 号

職員研修事業（類似事業）受託実績調書

【様式2】

(社会福祉関連研修事業に関する実績)

令和2年度以降（履行中は除く）における実績（直近5件以内）

契約名称		実施期間	契約相手名称
1		年 月 ～ 年 月	
2		年 月 ～ 年 月	
3		年 月 ～ 年 月	
4		年 月 ～ 年 月	
5		年 月 ～ 年 月	

上記内容について、契約書及び仕様書等の写しを提出してください。

令和 年 月 日

住所又は事業所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者名

【様式3】

誓 約 書

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 向井 順子 様

住所又は
事務所所在地
商号又は名称
氏名又は代表者氏名

生活保護担当職員スキルアップ（研修）事業業務委託にかかる公募型企画プロポーザル参加申請を行うにあたり、下記の事項に相違ないことを誓約します。

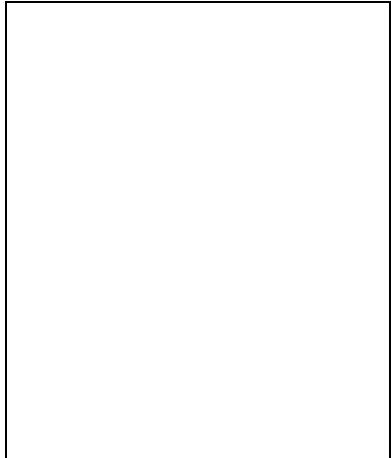
記

誓約事項

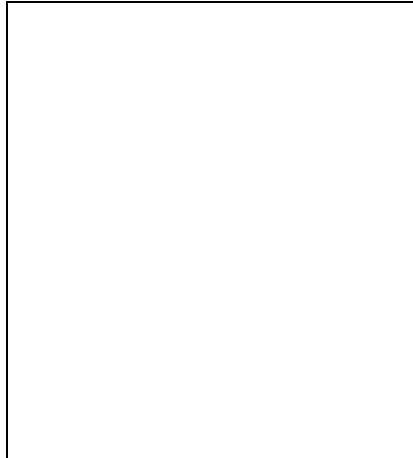
- ・地方自治法施行令第167条の4（契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者）に該当しません。
- ・法令等の規程により、営業又は事業について免許、許可又は登録を要する場合において、当該免許、許可又は登録を受けています。
- ・令和7年11月21日時点において、引き続き1年以上営業又は事業を行っています。
- ・市町村民税、固定資産税並びに消費税及び地方消費税を完納しています。
- ・大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていません。また、同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当していません。
- ・大阪市入札参加有資格者名簿に委託種目「13：その他代行-09：研修」で登録し、参加申請時において大阪市競争参加停止措置要綱に基づく停止措置を受けていません。
- ・大阪市入札参加有資格者名簿に登録がない場合は、令和7年11月21日時点において、引き続いて1年以上営業等を行っており、かつ、納税義務がある場合においては、消費税及び地方消費税、市町村民税及び固定資産税を完納しています。
- ・以上の全ての誓約事項に相違ありません。相違があった場合は公募型企画プロポーザル参加資格を取り消されても異議申し立てを行いません。また大阪市契約関係暴力団排除措置要綱及び大阪市競争入札参加停止措置要綱による停止措置を受けた場合は、同要綱に基づく公表がされることに同意します。

【様式4】

使 用 印 鑑 届



実 印



使 用 印

※使用印は役職名又は氏名等が表示されたものに限ります。

契約の締結、代金の請求及び領収その他契約事務一切に関し上記印鑑を使用します。

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 様

所在地

業者名

代表者名

**生活保護担当職員スキルアップ（研修）事業業務委託
公募型企画プロポーザル質問票**

質問を記入し、下記へ電子メールで送信してください。

質問の受付は、令和7年12月10日（水）午後5時までとし、締切り以降の質問は受け付けません。受け付けた質問については、令和7年12月15日（月）にホームページで、回答を公表します。

大阪市福祉局生活福祉部保護課 あて

(質問事項)

事業所名	
担当者氏名 及び連絡先	担当者： 電 話： () —

(参加申込書受付・問合せ先)

〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3番20号

大阪市福祉局生活福祉部保護課（市役所2階北側）

TEL:06-6208-8014 担当：吉田、筒路

FAX:06-6202-0990

メールアドレス：fa0021@city.osaka.lg.jp

※（電子メールで送信された場合は確認のお電話をお願いします。）

生活保護担当職員スキルアップ（研修）事業業務委託
公募型企画プロポーザル説明会参加申込書

大阪市福祉局保護課 あて

次のとおり、説明会に参加します。

事業者名	
所 在 地	
参加者氏名	
担当者氏名 及び連絡先	担当者： E-Mail： 電 話： () —

- 参加申込書に必要事項を記入し、令和7年12月3日(水)午後5時00分までに電子メールに添付して送信してください。

(参加申込書受付・問合せ先)

〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3番20号

大阪市福祉局生活福祉部保護課（市役所2階北側）

TEL:06-6208-8014 担当：吉田、筒路

FAX:06-6202-0990

メールアドレス：fa0021@city.osaka.lg.jp

※（電子メールで送信された場合は確認のお電話をお願いします。）