

公募型プロポーザル参加申請書

令和 年 月 日

大阪市健康局長
 釧持 英樹 様

(承認番号 _____)

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

印

次の業務にかかる公募型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

令和 8 年度生涯歯科保健推進事業業務委託

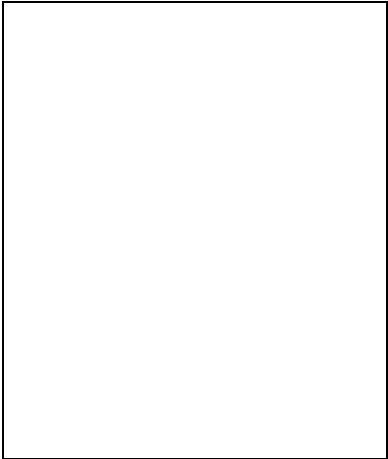
2 公募型プロポーザル参加資格審査資料

- ①公募型プロポーザル参加申請書（様式 3）
 - ②登記簿謄本又は登記事項全部証明書（法人の場合。提出前 3 か月以内に発行されたもの：写し可）、若しくは定款又は定款に類する規定及び役員名簿（写し可）
 - ③貸借対照表、損益計算書等の財務諸表及び実績報告書、又は、確定申告書
 - ④印鑑証明書（提出日前 3 か月以内に発行：写し不可）
 - ⑤使用印鑑届（様式 4）
 - ⑥過去 2 か年分の税務署が発行する消費税及び地方消費税の納税証明書（提出日前 3 か月以内に発行されたもの：写し可）
 - ※税務署の証明様式その 3（その 3 の 2、その 3 の 3 でも可）
 - ⑦過去 2 か年分の市町村民税並びに固定資産税の納税証明書（提出日前 3 か月以内に発行：写し可）ただし、営業が 2 年未満の者もしくは非課税で本証明書が 2 か年分提出できない場合は、その旨を記載した理由書を提出すること。
 - ⑧申出内容誓約書（様式 5）
- ※ただし、大阪市入札参加資格者名簿に登録されている者については、本申請書に承認番号を記載のうえ、上記②～⑦を省略できるものとする。
 なお、それ以外の者であっても、申請日から前 3 か月以内に本市健康局において、他のコンペ、若しくは公募型プロポーザルに参加申請を行い、かつ⑥及び⑦を提出済みの者は、その旨を本申請書に記載することによって省略できるものとする。

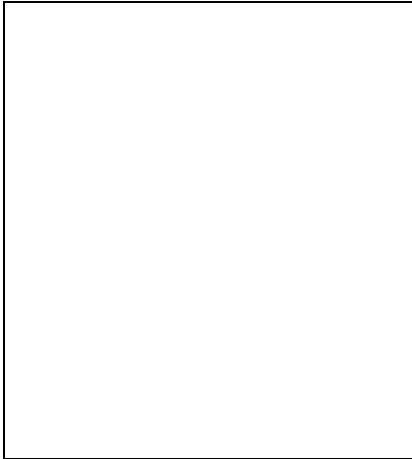
3 連絡先

所 属 名
 担 当 者 名
 電 話 番 号

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です。

契約の締結、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

大阪市健康局長 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

印

申出内容誓約書

令和 年 月 日

大阪市健康局長 釧持 英樹 様

住所又は事務所所在地

商号又は名称

代表者役職・氏名

印

以下の内容について相違ないことを誓約します。

相違があった場合、参加資格を取り消されても異議申し立てを行いません。

業務名称

令和 8 年度生涯歯科保健推進事業業務委託

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。
- ・ 宗教活動や政治活動を主たる目的とした団体ではありません。また、特定の公選者（候補者を含む）または、政党を推薦、支持、反対することを目的とした団体ではありません。
- ・ 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。
- ・ 大阪市暴力団排除条例に掲げる措置要件に該当する行為を行っていません。また、大阪市暴力団排除条例及び大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく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。

令和 8 年度生涯歯科保健推進事業業務委託
公募型プロポーザル質問票

- ① 質問を記入し、E-mail にて送信してください。
- ② 受付は、令和 8 年 2 月 13 日(金) までとし、締切り以降の質問は受け付けません。
- ③ 質問に対する回答は、令和 8 年 2 月 20 日（金）までにホームページに掲載する。ただし、質問がない場合は掲載しない。

(質問事項)	
事業所名	
担当者氏名 及び連絡先	担当者： 電 話： () — F A X： () — E-mail：

(質問受付先)

大阪市健康局健康推進部健康づくり課

E-mail : fc0005@city.osaka.lg.jp