

記入例

受付番号

令和7年度倉敷市生活保護受給者保健指導業務委託一般競争入札 参加資格審査申請書

倉敷市長 あて

令和 年 月 日

令和7年度（契約締結日から令和8年3月31日）において、倉敷市が発注する令和7年度倉敷市生活保護受給者保健指導業務委託一般競争入札に参加する資格の審査を申請します。なお、この申請書及び添付書類の内容について、事実と相違ありません。

また、当社又は当団体の役員等（申請者が個人事業主の場合は代表者）は、倉敷市暴力団排除条例に規定する暴力団員でないこと及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者でないことを誓約します。必要な場合には、このことについて倉敷市が岡山県警察本部に照会することを承諾します。

1 申請者（本社）

〒 710-8565

所在地 岡山県倉敷市西中新田640

ふりがな かぶしがいしゃ くらしきしていおふいす

商号又は名称 株式会社 倉敷シティオフィス

（肩書・氏名）

代表者 代表取締役 倉敷 太郎

（市外局番から記入）

電話番号 086-426-3357

（市外局番から記入）

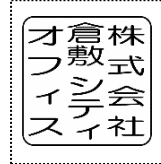
FAX番号 086-422-3389

申請印（実印に限る）



使用印鑑届

次の印鑑を入札、見積、契約の締結並びに代金の請求、受領のため使用したく、お届けします。



※実印と同じ場合も必ず押印のこと

2 入札資格要件

- （1）賦課されているすべての税の滞納がないことの証明書
（※申請受付前3か月以内に発行されたもの）
- （2）事業開始年月日（平成元年 4月 10日）
（※開始年月日のわかるものを添付のこと）
- （3）自治体における生活保護受給者に係る保健指導受託業務の実績
（※主なものを2つまで記入）

自治体名	期 間	保健指導実施人数
▲▲市	R5年4月 ～R6年3月	人
◇◇市	R6年4月 ～R7年3月	人

- （4）保健師又は管理栄養士の資格取得者人数（10人）（※内訳は別紙1を参照のこと）
- （5）（4）の名簿記載者における資格を有していることがわかる証明書
- （6）事業所等の組織図（※業務を実施する事業所の組織図で役職、職種、人数がわかるもの。委託業務担当部署の責任者については氏名も記載すること。）
- （7）情報セキュリティ監査や従業員に対する情報セキュリティ研修等を実施していること、又は、一般財団法人日本情報経済社会推進協会が定めている「ISMS適合性評価制度」若しくは「プライバシーマーク制度」の認定を受けていることがわかる書類
- （8）令和7年度倉敷市生活保護受給者保健指導業務委託一般競争入札参加資格要件及び申請に必要な書類チェックシート

3 倉敷市債権者登録の有無（※該当に○）

既に登録有	登録無
変更無	変更有

4 連絡先

担当者名 生福 花子

連絡先TEL ×××-×××-××××