

様式第 1-2 号（共同事業体用）

参加資格確認申請書（プロポーザル方式）

年 月 日

収 支 等 命 令 者 様
（佐賀県健康福祉部健康福祉政策課）

所在地 _____
商号又は名称 _____
代表者職氏名 _____

下記委託業務のプロポーザルに参加したいので、必要書類を添えて申請します。

また、地方自治法施行令第167条の4の規定のいずれにも該当しない者であること、参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、受託者に選定された場合は、各構成員は受託者としての業務の遂行及び業務の遂行に伴い当共同事業体が負担する債務の履行に関し、連帯して責任を負います。

記

委託業務名	令和8年度佐賀県受動喫煙に関するコールセンター及び普及啓発・改善依頼等業務 (令和8年2月24日付公示)	
本業務実施に係る責任者	責任者 職・氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	

(様式第 1-2 号別紙)

共同事業体の構成

共同事業体の名称		
A 共同事業体の幹事者 (受任者)	所在地	
	商号又は名称	
	代表者職氏名	
	生年月日	
B 幹事者以外の共同提案者 (委任者)	所在地	
	商号又は名称	
	代表者職氏名	
	生年月日	
C 幹事者以外の共同提案者 (委任者)	所在地	
	商号又は名称	
	代表者職氏名	
	生年月日	

委任事項等

委任事項 (A ⇐ B,C)	1 委託業務に係るプロポーザルの参加に関する件 2 契約に関する件 3 経費の請求受領に関する件
共同事業体の成立、解散の時期及び委任期間	年 月 日から当該委託業務履行後 3 か月を経過する日まで。ただし、当共同事業体が上記業務の受託者とならなかった場合はただちに解散します。また当共同事業体の構成員の脱退又は除名については、事前に佐賀県健康福祉政策課の承認がなければこれを行うことができないものとします。

○必要書類 (有) ・ 無)

- ・ 会社概要
- ・ 誓約書 ※全構成員分
- ・ 共同事業体協定書