**「がん患者・家族に対する相談支援事業」委託に係る企画提案書作成要領**

１　提出書類及び部数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 提出部数 | 備考 |
| 応募申込書兼資格確認書（様式１） | 正本　１部 |  |
| 企画提案書（様式２） | 正本　１部  副本　７部**※** | 要点、ポイントを明確にし、簡潔に記入してください。また、必要に応じてイラストや図等を用いて分かりやすく記入してください。 |
| 経費見積書（様式３） | 正本　１部  副本　７部**※** | 積算に当たっては、「企画提案募集要領」の「３（３）　委託料の対象経費」を確認してください。  提案された事業内容等を勘案し、協議の上契約金額を決定することとなります。 |
| 社会的価値の実現に資する取組に関する申告書（様式４）（該当がある場合のみ提出） | 正本　１部 | 該当がある場合、添付資料とともに提出してください。 |
| 類似業務の受注・納入実績  （任意様式） | 正本　１部  副本　７部**※** |  |
| 団体の定款、規約等 | 正本　１部  副本　７部**※** |

**※副本は、団体名並びに団体が特定できる名称をすべて黒塗りにして提出してください。**

２　提出書類の規格等

（１）表記文字は日本語とし、原則としてパソコン等による「印字」の方法により横書き

で作成（イラスト・図等を使用することは差し支えない。）

　（２）用紙サイズはＡ４版、縦方向（Ａ３版を二つ折りし、Ａ４版にしたものでも可。）。片面印刷とすること。

　　 ただし、既存の資料を提出する場合は、予め県に相談し、承諾を得た方法により提

出すること。

３　その他

　　提案する企画提案は、１団体につき１案のみとし、２案以上を提出した場合はすべての企画提案について無効とする。

（様式１）

令和　　年　 月　 日

がん患者・家族に対する相談支援事業

応募申込書兼応募資格確認書

愛知県知事　殿

住所

法人等名

代表者

　愛知県が発注する「がん患者・家族に対する相談支援事業」に関する企画競争に参加したいので、「「がん患者・家族に対する相談支援事業」委託に係る企画提案募集要領」に基づき、別添のとおり関係書類を添えて申し込みます。

　なお、提案に当たり、下記事項について誓約するとともに、書類の記載内容については事実に相違ないことを誓約します。

記

１　応募者は、「「がん患者・家族に対する相談支援事業」委託に係る企画提案募集要領」に定める応募資格を満たしていること。

２　実施に当たっては、関係法令等を遵守して実施すること。

（連絡担当窓口）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 所属  （部署） |  |
| 役職名 |  |
| （ふりがな）  担当者氏名 |  |
| 電話 |  |
| ファックス |  |
| メールアドレス |  |

１　応募者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 業務担当予定者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 現在の事業内容 |  |

２　応募資格

○以下のいずれにも該当することを条件とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 該当 |
| 業務の性質上、県と密接な連絡を取りつつ業務を進める必要があることから、愛知県内に主たる事業所（営業所、支所を含む）を有し、がん患者支援活動の拠点を持つ団体であること。 |  |
| 営利法人等については、応募受付期間において「愛知県会計局指名停止取扱要領」に基づく指名停止を受けていないこと。 |  |
| 応募受付期間において「愛知県が行う事務及び事業からの暴力団排除に関する合意書」（平成24年6月29日付け愛知県知事等・愛知県警察本部長締結）に基づく排除措置を受けていないこと。 |  |
| 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者であること。 |  |

※「該当」欄には応募資格の各項目について、該当するものに○を、該当しないものに×を記入すること。

（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |

がん患者・家族に対する相談支援事業企画提案書

１　業務実施体制等

（１）本事業を行う上での基本指針、理念、運営方針

|  |
| --- |
|  |

（２）情報管理等に対する取組み

　　ア　個人情報の取り扱い

|  |
| --- |
|  |

　　イ　苦情等への対応

|  |
| --- |
|  |

２　提案内容

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定日時及び実施予定場所 |  |
| 実施予定日時等の周知方法 |  |

1. 電話相談

|  |  |
| --- | --- |
| 相談体制、実施手順 |  |
| 相談員の平均配置数 |  |
| 相談者に対するプライバシー配慮の具体的方策 |  |

1. 県が仕様書で示した内容以上に相談支援等を行う場合の内容

|  |
| --- |
| ア　内容  イ　独自性、新たな視点からの工夫  ウ　期待できる事業の効果 |

３　相談員への研修について

（１）団体に所属する者が参加した研修会、参加人数について

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会名 | 参加人数 |
|  |  |

（２）その他団体に所属する者へ行っている研修等について

|  |
| --- |
|  |

※（１）、（２）に記載した研修会の研修プログラムを添付すること。

４　業務実績

　　過去に同様の業務を行っている場合、記入してください。

　（１）相談の形態（例．電話、面談等）、件数

|  |  |
| --- | --- |
| 形態 | 件数 |
|  |  |

　（２）主な相談内容、成果

|  |
| --- |
|  |

（様式３）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |

がん患者・家族に対する相談支援事業経費見積書

令和　　年　　月　　日

愛知県知事　殿

所在地

名　称

代表者

見積金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税込）

内訳

（記入例）

相談員への謝礼　　○○円×○人×○回＝○○円

電話使用料　　　　○○円×○月＝○○円

　・・・