令和　　　年　　　月　　　日

様式第１号附表

医療・福祉従事者メンタルサポート窓口設置業務

参加要件具備説明書類総括書

提出者名

１　県税及び地方消費税を滞納していないことが確認できる書類

　　別紙のとおり（納税証明書（未納の額がないことの証明））

２　社会保険に加入していることが確認できる書類

別紙のとおり　　加入義務有・労働保険

申請日直前の労働保険概算・確定保険料申告書の控え及びこれ

により申告した保険料の納入に係る領収済通知書の写し等

　　　　　　　　　　　　　　 ・厚生年金保険、健康保険

申請日直前の保険料の納入に係る領収証書又は納入証明書の写

し等

加入義務無・賃金台帳、労働者名簿、源泉所得税領収書等のうちいずれかの写し

３　同種又は類似の業務の実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　名 |  |  |  |
| (1)発注者名 |  |  |  |
| (2)契約金額 |  |  |  |
| (3)履行期間 |  |  |  |
| (4)業務の概要 |  |  |  |

　（注）１　会社としての実績とし、記載件数は３件以内とする。

　　　　２　実績は、公告の日から過去５年以内に履行した業務を対象とする。

　　　　３　上記実績を証する契約書の写しを添付すること。

４　当該業務の実施体制

（１）責任者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職・氏名 | 生年月日 | 年齢  歳 |
| 職歴等 | | |

（２）従事者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職・氏名 | 生年月日 | 年齢  歳 |
| 職歴等 | | |

　（注）最近の主な業務経歴は、公告の日から過去５年以内に履行した業務を対象とする。