（様式１号）

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　あて

（申請者（代表者））

所在地

法人・団体名

代表者役職・氏名

（申込に関する担当連絡先）

部署・職名

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ-mail

公募型プロポーザルに参加したいので、下記のとおり申し込みいたします。

記

１．件　　　名　　令和５年度　神戸医療産業都市スタートアップ育成・支援業務

２．添付書類　　公募型プロポーザル参加資格確認書　（様式２号）

（様式２号）

公募型プロポーザル参加資格確認書

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　あて

件　名　　令和５年度　神戸医療産業都市スタートアップ育成・支援業務

　当社は次に掲げる条件のすべてに該当します。

（１）本事業の趣旨を十分に理解・賛同し、これを推進しようとする意欲があり、本業務を的確に遂行するに足りる能力を有する者であること。

（２）本業務の遂行にかかる関係者等との連絡、調整、打合せ等を円滑に行い得る能力を有していること。

（３）地方自治法施行令第167条の４の規定に該当しないものであること。

（４）参加申請関係書類の提出期間の最終日から契約候補者選定までの間に、神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止を受けていないこと。

（５）銀行取引停止処分を受けていないこと。

（６）会社更生法及び民事再生法等による手続きをしている団体でないこと。

（７）代表者及び役員に破産者及び禁固以上の刑に処せられている者がいる団体でないこと。

（８）暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員が役員又は代表者としてもしくは実質的に経営に関与している団体、その他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している団体など、神戸市契約事務等からの暴力団等の排除に関する要綱第５条に該当する団体でないこと。

（９）納期が到来している所得税または法人税、消費税及び地方消費税、県税、市町村税を滞

納していないこと。かつ企業等の代表者がこれらの税金を滞納していないこと。

上記のとおり相違ないことを誓約します。

令和　　　年　　　月　　　日

（申請者）

所在地

法人・団体名

代表者役職・氏名

（申込に関する担当連絡先）

部署・職名

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ-mail

（様式３号）

令和　　年　　月　　日

質　問　票

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　あて

令和５年度　神戸医療産業都市スタートアップ育成・支援業務に関する公募型プロポーザル実施要領に関して、下記のとおり質問票を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 法人・団体名 |  |
| 部署・職名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅ-mail |  |

|  |
| --- |
| 質問内容 |

* 質問は、簡潔にまとめて記載してください。
* 質問票の提出は参加申込書を提出した団体に限ります。