

住所又は所在地

入 札 者 商号又は名称

代表者職氏名

印

入 札 書

入札金額 (税抜き)	
---------------	--

※金額は、アラビア数字で表示し、数字の前に¥の記号を付記してください。

件 名

場 所

名張市健診結果説明会及び特定保健指導業務委託

名張市 鴻之台 1 番町 1 番地ほか 地内

(内訳)			(税抜)	
項 目	予定数量 (A)	設計 単価	単 価(B)	金 額 (A×B)
1. 健診結果説明会				
・管理栄養士または保健師派遣（1 人/半日）	49 人	20,000 円	円	円
・情報提供パンフレット（A4 サイズ 4 ページ）	1,200 部	40 円	円	円
2. 特定保健指導（該当者のみ）				
・管理栄養士または保健師派遣（1 人/半日）	25 人	20,000 円	円	円
（1）特定保健指導（新規）				
・積極的支援 支援ツール（決定通知書含む）	10 セット	1,000 円	円	円
・積極的支援 電話支援	50 回	1,200 円	円	円
・積極的支援 実績電話評価（最終面接不参加者）	10 回	1,200 円	円	円
・動機付け支援 支援ツール（決定通知書含む）	65 セット	600 円	円	円
・動機付け支援 実績評価	65 件	300 円	円	円
・動機付け支援 実績電話評価（返信がない方）	40 件	1,200 円	円	円
（2）特定保健指導（フォロー）				
・積極的支援 支援ツール（決定通知書含む）	10 セット	1,000 円	円	円
・積極的支援 電話支援	50 回	1,200 円	円	円
・積極的支援 実績電話評価（最終面接不参加者）	10 回	1,200 円	円	円
・動機付け支援 支援ツール（決定通知書含む）	65 セット	600 円	円	円
・動機付け支援 実績評価	65 件	300 円	円	円
・動機付け支援 実績電話評価（返信がない方）	40 件	1,200 円	円	円
（3）事務システム費（上記以外に必要な経費）	1 式	800,000 円	円	円
入 札 金 額（上記すべての合計金額） ※この金額を上段の入札金額欄に記入してください。				円

上記金額で名張市契約規則(平成 11 年名張市規則第 20 号)によって入札します。

注意事項

・内訳も必ず記入してください。記載がない又は記載誤りがあった場合は、入札書は無効になります。
・単価は整数とし、設計単価以下の金額を記入してください。1 つでも、整数以外や設計単価を超える単価を記入した場合は、入札書は無効になります。