令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

**提案書**

　次の件について、提案書を提出します。

件名：泉区地域福祉保健計画プロモーション用動画作成業務委託

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-mail

1　提案団体の概要

企業（団体）名称（フリガナ）

所在地

〒

代表者氏名（フリガナ）

連絡者氏名（フリガナ）及び連絡先

氏名

住所　〒

TEL　　　（　　　　）

FAX　　　（　　　　）

E-mail

事業開始　　　　年　　　月　　　日

法人設立　　　　年　　　月　　　日

従業員数　　　　　名

事業内容

２　業務目的の理解度について

|  |
| --- |
| 第４期泉区地域福祉保健計画（素案）などを参考に、泉区の地域福祉保健の現状認識や課題等を記載してください。 |

|  |
| --- |
| 泉区地域福祉保健計画の広報・啓発を行うことの効果について、見解を記載してください。 |

３　動画の企画及び構成（全体のストーリー）について

|  |
| --- |
| 第４期泉区地域福祉保健計画（素案）や業務説明資料「６（１）ア構成」、「７動画作成の前提要素」を参考に、動画の企画及び構成（全体のストーリー）について記載してください。 |

４　業務スケジュール

|  |  |
| --- | --- |
| 期間 | 内容 |
| R3.4～ |  |
|  |  |
|  |  |

６　業務実施体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属・役職 | 担当する分担業務の内容、  これまでの経験等 |
| 事業責任者 |  |  |  |
| 担当者 | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
| 4) |  |  |
| 5) |  |  |

　注：　所属・役職については、提案書の提出者以外の企業等に所属する場合は、

　　　企業名等についても記載すること。

７　類似業務の受託実績

　※福祉保健分野の動画作成に関する業務を行ったことがある場合は、その内容を記載し、併せてその動画をDVD-ROM等の記録媒体で提出してください（ウェブ上で確認できる場合は、そのURLの記載でも可）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務名称 | 業務内容 | 発注機関名称 | 受託期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

８　ワーク・ライフ・バランスに関する取組

|  |
| --- |
| ・次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定（　有　無　）  ・女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画の策定（　有　無　）  ・次世代育成支援対策推進法に基づく認定（くるみんマーク、プラチナくるみんマーク）の取得（　有　無　）  ・女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定（えるぼし）の取得（　有　無　）  ・若者雇用促進法人基づく認定（ユースエール）の取得（　有　無　）  ・よこはまグッドバランス賞の認定の取得　（　有　無　） |