様式１

令和　　年　　月　　日

参加申込書

福岡県国民健康保険団体連合会理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 | 印 |

福岡県国民健康保険団体連合会が実施する「次期福岡県独自システム開発方針決定支援業務」に係る企画提案への参加を申し込みます。

なお、下記について事実と相違ないことを誓約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ISMS認証またはプライバシーマーク認証の  取得、若しくはセキュリティマネジメントに対する規格や体制の確立の有無 | 有　　・　　無 |
| 情報システムの支援業務、調査研究業務  コンサルティング業務の実績の有無 | 有　　・　　無 |

**会社概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 社名 | |  |
| 代表者名 | |  |
| 所在地 | 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ホームページアドレス |  |
| 組織 | |  |
| 提案責任者 | 所属部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 担当者 | 所属部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| プライバシーマーク、ISMS等のセキュリティ管理について公的機関からの認定、資格等の内容 | |  |
| 事業概要  （会社案内等の資料を添付） | |  |