様式１

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

　愛媛県知事　中 村 時 広　様

住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

　令和７年度成果連動型アクセラレーションプログラム専門支援業務（１型）に係る企画提案に参加を希望します。

なお、企画提案募集実施要領「２　企画提案の応募資格・条件」に掲げる条件を全て満たすこと、及び参加申込書の全ての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 担当者 | 氏名（フリガナ） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

注）商号または名称や住所、代表者、設立年月日、資本金、年間売上高、従業員数、主な業務内容等をＡ４判２頁程度にまとめた会社等の概要を添付のこと。（パンフレット可）

支社、営業所にあっては、営業歴を記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 本件責任者（職氏名・連絡先） |  |
| 担当者（職氏名・連絡先） |  |

※代表者印を押印する場合は、記入の必要はありません。

様式１－１（共同企業体用）

参加申込書

令和　　年　　月　　日

　愛媛県知事　中 村 時 広　様

共同企業体の名称：

【代表者】住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

【構成員】住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

（以下、構成員を列記）

令和７年度成果連動型アクセラレーションプログラム専門支援業務（１型）に係る企画提案に参加を希望します。

なお、企画提案募集実施要領「２　企画提案の応募資格・条件」に掲げる条件を全て満たすこと、及び参加申込書の全ての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

＜代表者＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 担当者 | 氏名（フリガナ） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

＜構成員＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 担当者 | 氏名（フリガナ） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

注１）構成員欄が不足する場合は、適宜追加すること。

注２）代表者、すべての構成員について、商号または名称や住所、代表者、設立年月日、資本金、年間売上高、従業員数、主な業務内容等をＡ４判２頁程度にまとめた会社等の概要を添付のこと（パンフレット可）。支社、営業所にあっては、営業歴を記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 本件責任者（職氏名・連絡先） |  |
| 担当者（職氏名・連絡先） |  |

※代表者印を押印する場合は、記入の必要はありません。

様式２（共同企業体用）

誓約書

令和　　年　　月　　日

　愛媛県知事　中 村 時 広　様

共同企業体の名称：

【代表者】住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

【構成員】住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

（以下、構成員を列記）

　このたび、令和７年度成果連動型アクセラレーションプログラム専門支援業務（１型）に参加するため、委託業務共同企業体を結成しましたので、業務受託に関しては連携して行うものとし、委託業務共同企業体協定書を提出します。

　受託業務について、委託業務共同企業体協定書に定められた解散日までの間、別紙委任事項の権限を当共同企業体代表者に委任します。

　使用印は別紙のとおりです。

なお、業務受託に際しては、連帯して行うものとし、委託業務共同企業体協定書及び指定の添付書類を提出します。

これらの事項は、事実と相違ないことを誓約します。

様式２－１（共同事業体用）

委　任　事　項

１　令和７年度成果連動型アクセラレーションプログラム専門支援業務（１型）に関し、当共同企業体を代表して、委託者である愛媛県と折衝する権限

２　入札及び見積りに関する一切の権限

３　契約に関する一切の権限

４　委託代金及び前払金の請求・受領に関する一切の権限

５　その他業務に関し、諸届・諸報告の提出に関する一切の権限

|  |
| --- |
| 使　用　印 |

様式３

質　　問　　書

令和　年　月　日

令和７年度成果連動型アクセラレーションプログラム専門支援業務（１型）について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号または名称 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問件名 |  |
| 質問内容 |  |

様式４　　　　　　　　　　　　　　※共同企業体にあっては代表者が記載すること。

企画提案書の提出書

令和　　年　　月　　日

　愛媛県知事　中 村 時 広　様

住所（所在地）

商号または名称

代表者役職名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

　令和７年度成果連動型アクセラレーションプログラム専門支援業務（１型）について、下記の書類を添えて企画提案書を提出します。

記

・企画提案書