

## 第二次被開示者の名称等届出書

年 月 日

大阪府・大阪市万博推進局長 様  
大阪港湾局長 様

企業又は代表企業

所在地  
商号又は  
名称  
代表者名

印

当社は、令和8年1月28日付けて実施要領の公表があった「大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル」の公募について、企業又は代表企業として、令和8年●月●日に提出した「守秘義務対象資料の開示に関する誓約書」(以下「守秘義務誓約書」という。)第1条第2項に基づき、当社が計画提案を行うにあたり守秘義務対象資料を提供する必要のある者(企業グループの場合は代表企業以外の構成員を含む)として、以下の者を当社の「第二次被開示者」に指定します。また、当社は下記に指定した第二次被開示者に対して、守秘義務誓約書に記載されている事項を遵守させます。

なお、本書は守秘義務誓約書の一部を構成するものとし、守秘義務誓約書第1条第3項のとおり、第二次被開示者が守秘義務に違反した場合には、当社が守秘義務誓約書に違反したとみなされて責任を負うものとします。

記

## ■第二次被開示者

所 在 地	
名称	
代表者肩書	
代 表 者 名	
本事業における役割	

- ※ 記入欄が足りない場合は、本様式に準じて追加すること。
- ※ 「本事業における役割」には、担当業務等を記載すること。
- ※ 第二次被開示者の誓約書の写しを添付すること。
- ※ 第二次被開示者への守秘義務対象資料の開示は、本届出書の受理通知を大阪府・大阪市から受けるまでは行ってはならない。

(様式 13)

## 提案申込書

(大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル)

年 月 日

大阪府・大阪市万博推進局長 様  
大阪港湾局長 様

「大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル」における提案審査書類を提出します。

### 企業又は代表企業

名 称	
代 表 者 氏 名	
所 在 地	〒
担 当 部 局 名	
役職名・担当者名	
連 絡 先	所在地 〒
	TEL
	FAX
	メール

## 計画調整局への確認事項

(大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル)

### ①建築計画の概要

地域地区：(用途地域・指定容積率・指定建蔽率、その他の地域地区)

#### 道路幅員・道路種別

※道路種別等については必ず建築企画課及び道路等所管部局で調査・確認してください。

・東	m (42— — )	・西	m (42— — )
・南	m (42— — )	・北	m (42— — )

#### 主要用途：

敷地面積 : m<sup>2</sup>

開発区域面積 : m<sup>2</sup>

建築面積 : m<sup>2</sup>

延床面積 (容積対象面積) : m<sup>2</sup> ( m<sup>2</sup>)

建築物の階数：地上 階 ／ 地下 階

建築物の高さ : m

住宅の規模及び戸数 : m<sup>2</sup> 戸

### ②計画調整局開発調整部開発誘導課への確認

年 月 日

#### ・開発許可について

区画の変更	有	・	無
形質の変更	有	・	無

#### ・大規模事前協議について

対象	・	対象外
----	---	-----

### 計画調整局開発調整部開発誘導課からの聞き取り事項

### ③計画調整局建築指導部建築確認課への確認

年 月 日

#### ・用途制限

(用途地域)

(特別用途地区、地区計画等)

・建蔽率	角地緩和	有	・	無
------	------	---	---	---

・前面道路の幅員による容積率の低減	有	・	無
-------------------	---	---	---

・高さ制限	道路斜線	・	隣地斜線
-------	------	---	------

・日影規制	有	・	無
-------	---	---	---

・接道 ※道路種別等については必ず建築企画課及び道路等所管部局で調査・確認してください。

(予定している建築物の用途に応じた接道長) 有

### 計画調整局建築指導部建築確認課からの聞き取り事項

#### 備考

- ・あらかじめ応募者にて調査・確認のうえ、太枠内に必要事項を記載してください。
- ・計画調整局への確認の際には、必要事項を記載した本様式と付近見取図をご持参ください。
- ・各担当へ確認した後、担当課においてコピーを取らせていただきます。

(様式 15)

## 価格提案書

(大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル)

年 月 日

大阪府・大阪市万博推進局長 様

大阪港湾局長 様

大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザルにおいて、下記の金額で本件土地及び本件工作物の購入を希望します。

所在地

名称及び代表者氏名

実印

購入希望価格		十億		百万		千		円
--------	--	----	--	----	--	---	--	---

- ・価格提案書には、本件土地及び本件工作物（税込み）の購入希望価格を総額で表示してください。
  - ・必ずボールペン等で記入し、訂正の容易な筆記用具（鉛筆やフリクションペンなど）で記入しないでください。
  - ・年月日は、申込書類の提出日を記入してください。
  - ・所在地、法人名、代表者氏名は、提案申込書にされたとおりに記入し、実印を必ず押印してください。
  - ・価格提案書に記入する金額は、本件土地及び本件工作物の購入希望価格を総額で、1 枠に 1 字ずつ「1、2、3.....」と記入し、金額の前枠に「¥」、「金」、又は押印による『留印』をつけてください。
  - ・訂正する場合は、誤記部分に―― (二重線) を引き、実印を押印し、正しく書き直してください。
- 金額欄の訂正は、誤った数字だけでなく、金額全てに―― (二重線) を引き、実印を押印し、正しく書き直してください。
- ・価格提案書を無地封筒（長型 3 号）に入れ、糊付け、割印（実印）し、表に応募者の法人名（企業グループの場合は代表企業）、代表者氏名を記載し、実印を押印の上、提出してください。
  - ・割印は、実印で 3 カ所(上・中・下)に押印してください。

(様式 16)

## 参加辞退届

(大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル)

年 月 日

大阪府・大阪市万博推進局長 様

大阪港湾局長 様

大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザルへの参加を辞退します。

### 1 応募者

・所在地 \_\_\_\_\_

・名称及び  
代表者氏名 \_\_\_\_\_

・担当者  
部署・役職 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

(様式 17)

## プレゼンテーション参加者報告書

(大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザル)

年 月 日

大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集窓口 宛

大阪ヘルスケアパビリオン跡地活用ゾーン開発事業者募集公募型プロポーザルのプレゼンテーションに参加する者を、以下のとおり報告します。

名称		
所在地	〒	
参加者	部署・役職	氏名

担当者及び連絡先

氏名	
部署・役職	
TEL	
FAX	
E-mail	

## 本市が整備する立体横断施設（デッキ）について

### ○接続の希望の有無

- ・開発事業者が本区域内で整備する施設と大阪市が整備するデッキをその橋面の高さでの接続について

- ・希望する
- ・希望しない

(記入方法) : いずれかを○で囲んでください。

### ○高い水準のデッキの希望の有無

- ・大阪市が整備予定であるデッキについて、高い水準に伴い追加となる費用を開発事業者が負担する高い水準の施設を

- ・希望する
- ・希望しない

(記入方法) : いずれかを○で囲んでください。

希望する場合は、具体的な内容を示してください。様式は問いません。