様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）栄町長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

参加申込書

　栄町高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザルに参加したいので、参加資格を全て満たしていること及び提出書類の記載内容について事実と相違ないことを誓約し、参加を申し込みます。

１　事業者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

「ちば電子調達サービス」の１０桁の事業者番号（システムにログインするために必要な利用者番号）を記載してください。

２　担当者連絡先

　　所属

　　氏名

　　電話番号

　　ＦＡＸ番号

　　メールアドレス

様式２

業務実績書（その１）

※参加者が履行した実施要領第５項第６号の要件に該当する全ての実績を記載すること。

※契約主体、業務内容及び契約金額が確認できる契約書の頭紙の写し等を添付すること。

※実績については、委託した団体に町から問い合わせることがある。

会社名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項目 | 記入欄 |
| １ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ２ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ３ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ４ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ５ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ６ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ７ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ８ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| ９ | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |

業務実績書（その２）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項目 | 記入欄 |
| 10 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 11 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 12 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 13 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 14 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 15 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 16 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 17 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 18 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |
| 19 | 業務名称 |  |
| 受託期間 |  |
| 発注者 |  |

※受託件数に応じて、様式を追加すること。

様式３

業務実施体制表

会社名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 氏名・所属・職名 | 担当業務の内容 | 実務経験年数 |
| 主任担当者 |  |  |  |
| 担当者Ａ |  |  |  |
| 担当者Ｂ |  |  |  |
| 担当者Ｃ |  |  |  |
| 担当者Ｄ |  |  |  |

※実務経験年数は、参加者の職員としての経験年数を記入すること。

※欄が足らない場合は、適宜追加すること。

様式４

主任担当者実績書

会社名：

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　　　　名 |  |
| 氏　　　　　　名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　　　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 実務経験年数 | 　　　　年（うち主任経験年数　　　　年） |
|  | 業務実績 |
| № | 業務名 | 発注者 | 履行期間 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

※実務経験年数及び主任経験年数は、参加者の職員としての経験年数を記入すること。

※業務実績は、過去３年間に参加者が受託した健康・福祉分野における法定計画（地域福祉計画・老人福祉計画・介護保険事業計画・障がい福祉計画・こども計画・健康増進計画・食育推進計画）に係る策定支援業務について、本業務の主任担当者が主任として履行した実績を全て記載すること。

※実績件数に応じて、様式を追加すること。

※業務内容が確認できる契約書の頭紙の写し等を添付すること。ただし、参加申込の際に提出した業務実績書（様式２）に添付したものと重複する場合は省略することができる。

※実績については、委託した団体に町から問い合わせることがある。

様式５

令和　　年　月　日

（宛先）栄町長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　印

質問書

　栄町高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザル実施要領第７項に基づき、次のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |

担当者

所属

氏名

電話

様式６

令和　　年　月　日

（宛先）栄町長

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

辞退届

　栄町高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザルについて、次の理由により辞退します。

理由

担当者

所属

氏名

電話