**令和４年度**

**阿蘇市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託**

**公募型プロポーザル様式集**

令和４年８月

阿蘇市市民部ほけん課

（様式第１号）

令和　年　月　日

阿蘇市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| （フリガナ） |  |
| 商号又は名称 |  |
| （フリガナ） |  |
| 代表者名 | ㊞ |

参加申出書

　令和４年度阿蘇市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託公募型プロポーザルに参加したいので申し出ます。

　なお、令和４年度阿蘇市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託公募型プロポーザル実施要領３に定める参加資格の要件を全て満たしていることを誓約し、市の審査において、要件が満たされていないと判断された場合は、失格となることに承諾します。

（担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式第２号）

令和　年　月　日

阿蘇市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| (フリガナ) |  |
| 商号又は名称 |  |
| (フリガナ) |  |
| 代表者名 | ㊞ |

企画提案書

　以下のとおり、令和４年度阿蘇市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託公募型プロポーザルの企画提案書を提出します。

提出書類

⑴　表紙（本紙）

⑵　会社概要書（様式第３号）

⑶　業務実績書（様式第４号）

⑷　業務実施体制調書（様式第５号）

⑸　企画提案書

⑹　見積書（内訳書を含む。）

（担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式第３号）

会社概要書

令和　年　月　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 商　号 |  |
| 住　所 |  |
| 代表者名 |  |
| 設　立 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| プライバシーマーク  登録番号 |  |
| 事業内容 |  |

※会社案内等のパンフレットがあれば、６部添付してください。

（様式第４号）

業務実績書

１　過去３年度以内（令和元年度～令和３年度）において、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査又はこれに類似する業務を受託した件数

|  |
| --- |
| 件 |

２　直近の実績から順に３件を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発注者 | 契約期間 | 業務名 | 契約金額 |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |

※実績一覧等のパンフレットがあれば、６部添付してください。

（様式第５号）

業務実施体制調書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 所属名  氏名（年齢） | 実務経験年数  ・取得資格 | 担当する業務内容 |
| 管理責任者 |  | 実務経験年数  　年　月  取得資格名 |  |
| 主任担当者 |  | 実務経験年数  　年　月  取得資格名 |  |
|  |  | 実務経験年数  　年　月  取得資格名 |  |
|  |  | 実務経験年数  　年　月  取得資格名 |  |

※従事を予定している全員を記入してください。

※実務経験年数は、類似業務に従事した年数を記入してください。

※記入欄が不足する場合は、適宜、追加してください。

（様式第６号）

令和　年　月　日

阿蘇市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| (フリガナ) |  |
| 商号又は名称 |  |
| (フリガナ) |  |
| 代表者名 | ㊞ |

辞　退　届

　令和４年度阿蘇市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託公募型プロポーザルに参加を申出ましたが、次の理由により辞退させていただきます。

（辞退理由）

|  |
| --- |
|  |

（担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式第７号）

令和　年　月　日

阿蘇市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| (フリガナ) |  |
| 商号又は名称 |  |
| (フリガナ) |  |
| 代表者名 | ㊞ |

質　問　書

　令和４年度阿蘇市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

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

（担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |