|  |
| --- |
| 新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合第10期介護保険事業計画策定支援業務プロポーザル様式集 |

　新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合

. (様式第１号)

令和　　年　　月　　日

参 加 表 明 書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名) 　　　　　　　　　　　　㊞

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　第10期介護保険事業計画定支援業務プロポーザルへの参加を表明します。

【連絡先】担当者所属： 氏　　名

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｅメール

（裏面)

（機密保持）

なお、本プロポーザルの応募に際し、本組合から提供された機密扱いの情報については、以下のとおり取り扱うことを確認します。

①　開示された情報は、提案応募の目的以外には利用しない。

②　開示された情報の取扱いに関しては、最新の注意を払い厳重に管理する。

③　プロポーザル終了時には、全ての開示情報を廃棄する。

④　個人情報保護条例ほか関係法令を遵守する。

⑤　開示された情報について、提案者の責により損害が生じた場合は、賠償責任を負う。

（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

会 社 概 要 書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)　 　　　　　　　　　　　㊞

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　第10期介護保険事業計画策定支援業務プロポーザルに参加するに当たり、会社概要は次のとおりです。

１　本社本店

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 商号 | フリガナ |  |
|  |
| 代表者名（職・氏名） | フリガナ |  |
|  |
| 業務内容 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

２　業務実施支社、支店、営業所

（本社・本店が業務実施の場合は、所在地欄にのみ「全て同上」と記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 商号（支店等） | フリガナ |
|  |
| 代表者名 | フリガナ |
|  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

３　設立年月日

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

４　従業員数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 正規 | その他 | 合計 |
| 全従業員数 |  |  |  |
| 業務実施支社、支店、営業所（本社・本店が業務実施の場合は、本社本店の従業員数） |  |  |  |

（裏面）

５ その他（会社概要特記事項　取得した品質管理等の国際規格など）

|  |
| --- |
|  |

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

契 約 実 績 書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長　宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　第10期介護保険事業計画策定支援業務プロポーザルに参加するに当たり、契約実績は、下記のとおりです。

記

【介護保険事業計画・地域福祉計画】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ２ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ３ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ４ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ５ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ６ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ７ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ８ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| ９ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |
| 10 | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約の概要 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  |
| 契約期間又は履行期限 |  |

①介護保険事業計画・地域福祉計画の契約実績

※　10件以上実績がある場合は、別紙（様式第３号‐②）に追加して提出しても構わないが、その他類似業務の個別計画ごとにまとまった一覧とすること。

②その他類似業務（福祉関連等）の各種個別計画策定支援業務の契約実績

※　契約実績を過去３年間（令和４年度以降）で別紙（様式第３号-②）に記載すること。

（様式第３号‐②）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 発注自治体名 | 契約件名 |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |
| 31 |  |  |
| 32 |  |  |
| 33 |  |  |
| 34 |  |  |
| 35 |  |  |
| 36 |  |  |
| 37 |  |  |
| 38 |  |  |
| 39 |  |  |
| 40 |  |  |

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

業 務 実 施 体 制 調 書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長　宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　第10期介護保険事業計画策定支援業務を受託した場合、業務総括責任者、主任技術者の詳細は、次のとおりです。

|  |
| --- |
| １．業務総括責任者 |
| 氏　名 |  | 年齢 | 歳 |
| 現所属・役職名 |  |
| 実務年数保有資格　等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年間 |
| 業務経歴 | 完了年月 | 発注機関・業務内容 | 担当・役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ２．主任技術者 |
| 氏　名 |  | 年齢 | 歳 |
| 現所属・役職名 |  |
| 実務年数保有資格　等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年間 |
| 業務経歴 | 完了年月 | 発注機関・業務内容 | 担当業務 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　業務履歴は、過去３年以内に従事した業務について記載

業 務 従 事 者 一 覧

「新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　第10期介護保険事業計画策定支援業務」を受託した場合、主に次のような要員で支援に当たります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職・氏名 | 本業務の担当・役割 | 業 務 実 績 | 業務実績　案件名保有資格 |
| 主な担当業務（内　容） | 実務年数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

※　欄が不足する場合は適宜増やすこと。また、複数資格を有する場合も適宜枠を調整すること。

※　本業務の担当を記入すること。

（様式第５号）

令和　　年　　月　　日

質　 疑 　書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長　宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合　第10期介護保険事業計画策定支援業務プロポーザルに参加するに当たり、下記のとおり質問がありますので、回答をお願いします。

記

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

※ 質問欄は、適宜、拡大又は追加してください。ただし、質問は簡潔にお願いします。

※ 回答書には原文のまま掲載しますので、誤字、脱字にご注意ください。