

多気町第 10 期高齢者福祉計画・
第 9 期介護保険事業計画
策定業務プロポーザル様式集

多気町健康福祉課介護保険係

(様式第 1 号)

参 加 表 明 書

令和 年 月 日

多気町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

多気町第 10 期高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画策定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、本町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、すべ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

多気町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

多気町第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定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)

契約実績書

令和 年 月 日

多気町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

多気町第 10 期高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画策定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・高齢者福祉計画】

1	発注自治体名	
	契約件名	
	契約の概要	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	契約期間又は履行期限	

①介護保険事業計画・高齢者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めた一覧とすること。

②その他類似業務（福祉関連等）の各種個別計画策定業務の契約実績

※契約実績を過去3年間（令和元年度以降）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)

業務実施体制調書

令和 年 月 日

多気町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

多気町第 10 期高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画策定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

「多気町第 10 期高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画策定業務」を受託した場合、主に次のような要員で支援にあたります。

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

多気町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

多気町第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定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、拡大または追加してください。ただし、質問は簡潔をお願いします。

※ 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。