

様式1

公募型プロポーザル参加資格確認申請書兼誓約書

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市副市長

所在地 (住所)

商号又は名称

代表者役職・氏名

印

新居浜市高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定業務に係る公募型プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請書及び関係書類に記載された事項については事実と相違なく、新居浜市高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定業務に係る公募型プロポーザル実施要領で定められた参加資格の要件を全て満たしていることを誓約します。

【担当者連絡先】

| | |
|--------|--|
| 所在地 | |
| 担当部署 | |
| 担当者名 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| E-mail | |

様式2

会社概要書

| | | |
|---------------------------|-------------------|--|
| 商号又は名称 | | |
| 本社所在地 | | |
| 設立年月日 | | |
| 資本金 | 千円 | |
| 売上高（直近決算） | 千円（ 年 月 日～ 年 月 日） | |
| 従業員数 | 人 | |
| ホームページ | https:// | |
| 主な業務内容 | | |
| 本業務の主たる業務を履行する本店、支店、営業所等名 | 住所 | |
| | 名称 | |
| 本業務の営業担当者及び連絡先 | 職氏名 | |
| | 電話 | |
| | F A X | |
| | E - mail | |
| その他特記事項 | | |

※参加表明時現在の状況を記載してください。

※情報保護対策の登録証等の写しを添付してください。

※パンフレット等を作成している場合は、添付してください。

様式 5

企画提案書提出届

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市副市長

所在地 (住所)

商号又は名称

代表者役職・氏名

印

新居浜市高齢者保健福祉計画及び第 10 期介護保険事業計画策定業務に係る企画提案書を提出
します。

【担当者連絡先】

| | |
|----------|--|
| 所在地 | |
| 担当部署 | |
| 担当者名 | |
| 電話番号 | |
| F A X 番号 | |
| E - mail | |

業務推進体制

事業者名 _____

代表者名 _____

| | | | | |
|-------|---------------|--|---------------------|--|
| 総括責任者 | 氏名 | | 職名 | |
| | 実務経験年数 | | 第1～9期における 延べ担当件数 | |
| | 第9期計画 担当実績 | | | |
| 業務担当者 | 氏名 | | 職名 | |
| | 実務経験年数 | | 第1～9期における 延べ担当件数 | |
| | 第9期計画 担当実績 | | | |
| 業務担当者 | 氏名 | | 職名 | |
| | 実務経験年数 | | 第1～9期における 延べ担当件数 | |
| | 第9期計画 担当実績 | | | |
| 業務担当者 | 氏名 | | 職名 | |
| | 実務経験年数 | | 第1～9期における 延べ担当件数 | |
| | 第9期計画 担当実績 | | | |
| 業務担当者 | 氏名 | | 職名 | |
| | 実務経験年数 | | 第1～9期における 延べ担当件数 | |
| | 第9期計画 担当実績 | | | |

※新居浜市の計画策定業務に携わる担当者を記入してください。

様式7

見 積 書

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市副市長

所在地 (住所)

商号又は名称

代表者役職・氏名

印

新居浜市高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定業務について、次のとおり見積ります。

¥ _____ 円

(消費税及び地方消費税相当額含む)

※積算内訳を任意様式で添付してください。

※金額は算用数字で記入してください。