様式第１号

参加希望書

**（府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託）**

令和　　年　　月　　日

府中市長　様

商号または名称

所　在　地

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

【連絡先】

担当者職氏名

所属部署

電話番号

FAX番号

E-mailｱﾄﾞﾚｽ

府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託のプロポーザルに参加を希望します。

なお、府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託事業者選定に係る公募型プロポーザル実施要領に定められた参加資格要件を満たしていることを誓約します。

様式第２号

業務履行実績調書

商号または名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発注機関名 |  |  |
| 業 務 名 |  |  |
| 履行場所 |  |  |
| 最終契約金額 | 千円 | 千円 |
| 履行期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 業務概要 |  |  |

１　完了検査を終了している業務について、直近２件まで記載すること。

２　当該業務委託契約書の写し及びその添付書類等のうち、発注者、受注者、契約金額、契約年月日及び履行期間が記載してある部分並びに公告で定めた資格要件に合致していることが分かる部分の写し等業務内容が確認できるものを添付すること。

３　直近２件を超える実績については「参考資料」と明記の上、添付することができる。

様式第３号

府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託に係る質問書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業等名 |  | 担当部署 |  |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  | 担当者 |  |
| FAX番号 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 資料名称 | 該当頁 | 該当項目 | 質問内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（備考）

１　提出期限までに提出すること。期限を過ぎたものは受領しない。

２　電子メールにより送付すること。

３　質問事項が多い場合は本様式を複写して使用すること。

様式第４号

辞退届書

**（府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託）**

令和　　年　　月　　日

府中市長　様

　　　商号または名称

所　在　地

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日付けで提出した希望書（府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託）を取り下げ、プロポーザルの参加を辞退します。

なお、提出した書類については、返却を求めません。

【辞退する理由】

様式第５号

様式第５号

**府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定**

**支援業務委託事業者選定に係る公募型プロポーザル**

**提 案 書**

令和　　年　　月　　日

府 中 市 長　様

府中市第１０期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画策定支援業務委託について、プロポーザル提案書を提出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | | | | | |
| 代表者 | | ㊞ | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | |
| 連絡担当者 | | 役職 |  | | 氏名 |  | |
|  | 所属部署 |  | | | | | |
|  | 所在地 | 〒 | | | | | |
|  | 連絡先 | 電話 | |  | FAX | |  |
|  | E-mail | |  | | | |

様式第６号

業務の実施体制等について

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の実施体制 |  |
| 業務の実施フロー |  |
| 個人情報保護に関する取組 |  |

（備考）

１　各項目について、簡潔に記入すること。

２　様式は任意のものでもよいが、「実施体制」「実施フロー」「個人情報保護」の区分がわかるようにすること。（原則Ａ４タテ）