（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

播磨町長　佐伯　謙作　様

提 案 参 加 申 込 書

（参加申込者）

住　　所

商号又は名称

代 表 者 氏 名　　㊞

電 話 番 号　（　　）　　－

「第１１次播磨町高齢者福祉計画及び第１０期介護保険事業計画」策定支援業務委託プロポーザル実施要領に基づき、別紙のとおり企画提案書を提出します。

記

【提出書類】

①提案参加申込書（様式第１号）
②会社概要（様式任意）
③過去の業務実績（様式第２号）
④本業務の推進体制（様式第３号）
⑤配置予定者調書（様式第４－１号、様式第４－２号）
⑥企画提案書（様式任意）
⑦見積書及び内訳書（様式任意）

【本件業務に係る担当者連絡先】

部 署 名

氏　　名

電　　話

Ｆ Ａ Ｘ

Ｅ-mail

（様式第２号）

過去（第９期介護保険事業計画）の業務実績

事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委託業務名	発　注　者	契約期間	継続受託の有無
第９期計画における計画策定実績数 （アンケート業務のみは除く）		合計　　自治体	

※継続受託の有無については、記入した自治体の第８期介護保険事業計画を受託していた場合にのみ○を記入する事。

（様式第３号）

本業務の推進体制

事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

総括責任者	氏　　名		年　齢		職　名	
	実務経験年数		第8～9期における延べ担当件数		（うち、第９期　　件）	
	担当する業務内容					
業務担当者	氏　　名		年　齢		職　名	
	実務経験年数		第8～9期における延べ担当件数		（うち、第９期　　件）	
	担当する業務内容					
業務担当者	氏　　名		年　齢		職　名	
	実務経験年数		第8～9期における延べ担当件数		（うち、第９期　　件）	
	担当する業務内容					
業務担当者	氏　　名		年　齢		職　名	
	実務経験年数		第8～9期における延べ担当件数		（うち、第９期　　件）	
	担当する業務内容					
業務担当者	氏　　名		年　齢		職　名	
	実務経験年数		第8～9期における延べ担当件数		（うち、第９期　　件）	
	担当する業務内容					

※播磨町の計画策定業務に携わる者を記入すること。（アンケートの入力要員は除く）

※この様式に記入された担当者は、町の要請に基づき打ち合わせに同席していただくこととする。

（様式第４－１号）

配置予定者調書（総括責任者）

事業者名：

氏名・年齢 所属・役職	第９期計画の業務実績		現在の手持ち業務内容及び件数
	発注者・契約期間・業務名・業務内容・契約金額（税込）	当該業務の役割（職責）等	
氏名 （　　歳） 実務経験年数　（　　年） 資格 ・ ・ ・		□ 総括責任者 □ 主たる担当者 □ 補助的な立場	
		□ 総括責任者 □ 主たる担当者 □ 補助的な立場	
		□ 総括責任者 □ 主たる担当者 □ 補助的な立場	

（注１）役割（職責）等の欄に関しては、「総括責任者又はこれに準ずる立場」「主たる担当者」「補助的な立場」より選択し記入すること。

（注２）実績は、総括責任者としての実績を優先して記入すること。

（注３）多数実績があり記入欄が不足するときは、複写して作成すること。

（注４）実務経験年数及び業務実績は、前職を含めて記載することを妨げないものとするが、その旨明示すること。

（様式第４－２号）

配置予定者調書（担当者）

事業者名：

氏名・年齢 所属・役職	第９期計画の業務実績（一人１件）		現在の手持ち業務内容及び件数
	※発注者・契約期間・業務名・業務内容・契約金額（税込）	当該業務の役割（職責）等	
氏名 （　　歳） 実務経験年数（　　年）		□ 総括責任者 □ 主たる担当者 □ 補助的な立場	
氏名 （　　歳） 実務経験年数（　　年）		□ 総括責任者 □ 主たる担当者 □ 補助的な立場	
氏名 （　　歳） 実務経験年数（　　年）		□ 総括責任者 □ 主たる担当者 □ 補助的な立場	

（注１）役割（職責）等の欄に関しては、「総括責任者又はこれに準ずる立場」「主たる担当者」「補助的な立場」より選択し記入すること。

（注２）実績は同種業務のみ記入し、職責の重いものを優先すること。実績が無い場合は空欄とすること。

（注３）記入欄が不足するときは、複写して作成すること。

（注４）実務経験年数及び業務実績は、前職を含めて記載することを妨げないものとするが、その旨明示すること。

（様式第５号）

質　疑　書

〔第１１次播磨町高齢者福祉計画及び第１０期介護保険事業計画策定支援業務委託〕

事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質　疑　内　容			
担当者名		電　話	
ＦＡＸ		E-Mail ｱﾄﾞﾚｽ	