（様式第１号）

参加申込書

年　　月　　日

私は、令和７年度嘉手納町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務に係るプロポーザル実施要領の趣旨を理解し、ここに参加資格要件の項目をすべて満たすことをここに証し、関係書類を添えて参加を申込みします。

　なお、辞退することとなった場合は、すみやかに報告のうえ、参加辞退届を提出することを約束します。

|  |  |
| --- | --- |
| 所 在 地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 | 印 |
|  | |
| 担当者（職・氏名） |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

（様式第２号）

**会社概要書**

令和　　年　　月　　日作成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社名 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | 電話番号 |  |
| 代表者名 |  | FAX番号 |  |
| 設立年月日 |  | | |
| 沿革 |  | | | |
| 法人理念・  運営方針 |  | | | |
| 営業種目 |  | | | |
| 従業員数 |  | | | |
| 担当者連絡先 | 担当者名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| E-mailアドレス |  | | |

（様式第３号）

企画提案書提出届

年　　月　　日

嘉手納町長　殿

所在地：

事業者名：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　印

　令和７年度嘉手納町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務委託に係るプロポーザル実施要領に基づき、企画提案書を提出します。

担当者

所属：

氏名：

電話：

ＦＡＸ：

E-mail：

（様式第４号）

業　務　経　歴　書

事業者名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 自治体名 | 業務概要 |
| 例 | 〇〇町 | （1）業務名（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査業務の類似業務）  （2）契約期間  （3）契約金額等 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

* １　直近５か年以内の実績を記入してください。

　 ２　記入欄が不足する場合は、複写して作成してください。

　 ３　代表する業務について、業務委託契約書及び仕様書の写しを添付してください。

（様式第５号）

業務実施体制調書

事業者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名・所属・役職 | | 実務経験年数・資格 | 担当する  業務内容 |
| 管理  責任者 | 氏　名：  所　属：  役　職： | 実務経験年数  年  関連資格等 |  |
| 主務  担当者 | 氏　名：  所　属：  役　職： | 実務経験年数  年  関連資格等 |  |
| 担当者 | 氏　名：  所　属：  役　職： | 実務経験年数  年  関連資格等 |  |
| 担当者 | 氏　名：  所　属：  役　職： | 実務経験年数  年  関連資格等 |  |

※　記入欄が不足する場合は、複写して作成してください。

|  |
| --- |
| その他特記すべき資格・体制 |
| ※　資格を保有している場合は、資格の証明書の写しを添付してください。 |