**尾道市介護認定給付業務委託公募型プロポーザル様式集**

尾道市

様式第１号

**参加資格確認申請書**

尾道市介護認定給付業務に係る公募型プロポーザルの参加資格について確認を受けるため、申請する。

なお、当該業務に係る参加資格を満たしていることを誓約する。

　　 年 月 日

（あて先）

尾道市長　平谷　祐宏

（提出者）所在地

会社名

代表者名

（担当者）担当部署

職・氏名

電話

ＦＡＸ

E-mail

様式第２号

**企 画 提 案 書**

尾道市介護認定給付業務について、企画提案書を提出する。

　 　　 年 月 日

（あて先）

尾道市長　　平　谷　祐　宏

（提出者）所在地

会社名

代表者名

（担当者）担当部署

職・氏名

電話

ＦＡＸ

E-mail

様式第３号

**提 案 価 格 見 積 書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業務移行等  準備費用 | 通常業務  費　用 | 小計 | 消費（10％） | 合計 |
| 令和５年度  Ｒ6.2.1～  　　　 6.3.31 |  |  |  |  |  |
| 令和６年度  Ｒ6.4.1～  　　 　5.3.31 |  |  |  |  |  |
| 令和７年度  Ｒ7.4.1～  　　 　8.3.31 |  |  |  |  |  |
| 令和８年度  Ｒ8.4.1～  　　 　9.3.31 |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |  |
| 消費税（10％） |  |  |  |  |  |
| 合計（税込） |  |  |  |  |  |

* 算出根拠（任意様式）を添付すること。

様式第４号

**質　問　書**

「尾道市介護認定給付業務委託公募型プロポーザル」について、次の事項を質問する。

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問 事 項 | 質 問 内 容 |
|  |  |
| 会社名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署及び担当者氏名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

※　記入欄が不足するときは、複写して作成すること。

様式第５号

**事業者概要等整理表**

【会社概要】 　 　　年　 月　 日時点

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | | | | | |
| 本社所在地 |  | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | 従業員数（人） | | (うち非正規：　 ) | |
| 設立年月 |  | |
| 資本金（千円） |  | | 総資産（千円） | |  | |
| ホームページアドレス |  | | | | | |
| 主要事業 |  | | | | | |
| 本件業務に関係  する業務実績 |  | | | | | |
| ※業務の詳細を記載する場合は、提案書に記載すること。 | | | | | |
| 経営状況  （決算額）  ※ 直近の３か年を千円単位で記載 | 年　　　度 | 年 | | 年 | | 年 |
| 売 上 高 |  | |  | |  |
| 営業利益 |  | |  | |  |
| 経常利益 |  | |  | |  |
| 当期純利益 |  | |  | |  |
| 支社（支店） |  | | | | | |
| 関連会社 |  | | | | | |

【連絡担当者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先の所在地 |  | | |
| 連絡担当者 |  | 所属部署 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

様式第６号

**業務実施体制調書**

○ 管理者（仕様書６-(1)－イ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 所属・役職 |  | | | |
| 主な業務経歴  (今回の業務と  同種・類似の  業務を優先) | 経　　　　　歴 | | | |
| 年　 月～　 年　 月 | |  | |
| 年　 月～　 年　 月 | |  | |
| 年　 月～　 年　 月 | |  | |
| 年　 月～　 年　 月 | |  | |
| 年　 月～　 年　 月 | |  | |
| 年　 月～　 年　 月 | |  | |
| 保有資格及び  資格取得時期  (今回の業務に関連するもの) | 資　格　名　称 | | | |
| 年　　月 |  | | |
| 年　　月 |  | | |
| 年　　月 |  | | |
| 年　　月 |  | | |

※ 保有資格を確認できる書類の写しを添付すること。

様式第７号

辞　　　退　　　届

業務名：尾道市介護認定給付業務

　　年　　月　　日

　尾　道　市　長　様

所在地：

法人名：

代表者　職・氏名：

　上記業務の公募型プロポーザルについて、参加表明書を提出しましたが、都合により参加を辞退いたします。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |