様式１－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　船橋市長　松戸　徹　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

参　加　申　込　書

　　下記の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

記

　件名　　船橋市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画

策定支援業務委託に関するプロポーザル

　添付資料　　業務実績表（様式１－２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　１部

　　　　　　　契約実績を証明する書類の写し（契約書等）　　　　　　　　　　１部

企業の概要が確認できる資料（パンフレット等の任意様式）　　　１部

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Fax番号 |  |
| E-MAIL |  |

様式１－２

業　務　実　績　表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契約期間 | 自治体名(人口) | 契約件名 | 業務概要 |
|  | (　万人) |  |  |
|  | (　万人) |  |  |
|  | (　万人) |  |  |
|  | (　万人) |  |  |
|  | (　万人) |  |  |

【留意事項】

・過去５年間の介護保険・高齢者福祉・障害者福祉・地域福祉などの福祉分野における市民の意識・ニーズ調査の業務委託及び計画策定等の支援業務委託の受託実績のうち、代表的なものを５つまで記入すること。

・人口は契約時点の状況を記入し、１万人未満は四捨五入するものとする。

・欄は適宜、拡大すること。

・任意様式の添付も可とする。その場合、契約期間欄の一番上に「別添参照」と記入し、この様式とあわせて提出すること。

様式１－３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　船橋市長　松戸　徹　あて

質　問　書

　　船橋市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に関するプロポーザルについて、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| No | 質問内容 |
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ |  |

　※欄は適宜、拡大または追加すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称　　担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Fax番号 |  |
| E-MAIL |  |