（様式１）

企画提案申込書

東近江市長　小　椋　正　清　様

第10期東近江市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画及び東近江市認知症施策推進計画策定支援事業の提案に参加したいので、東近江市の配布資料（第10期東近江市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画及び東近江市認知症施策推進計画策定支援業務に係る業者選定実施要領及び仕様書）の内容を全て把握し、また、本公募に係る参加資格要件を全て満たしていることを誓約し、ここに企画提案申込書及び企画提案書を提出します。

手続に当たり、提出する全ての書類の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。虚偽の記載があると認められた場合は、提案参加資格を取り消されても異議申立てを行いません。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 所在地 | 　〒 |
| 商号又は名称 | ㊞ |
| 代表者 | ㊞ |
| 連絡担当者 | 　　 氏　名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| 　　 所属･役職 |  |
| 　　 電話番号 |  |
| 　　 電子メール |  |

（様式２）

業務受注実績調書

（商号又は名称　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注機関 | 業務概要・金額 | 履行期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（注１）おおむね５年以内の介護保険事業計画の策定業務（同種業務）又はその他行政計画策定支援業務（類似業務）の受託実績及び東近江市に係る他の計画等の受託実績を記入すること。

（注２）近畿（滋賀県、京都府、奈良県、大阪府、兵庫県及び和歌山県）での業務実績を優先して記入すること。

（注３）上記項目を満たすものであれば任意様式で可とする。

（様式３）

業務の実施体制

商号又は名称

代表者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名・年齢・所属 | 実務経験年数・資格 | 担当する業務 | 手持業務件数 | 過去の実績数 |
| 管理責任者 | 氏名歳所属 | 実務経験年数年資格 |  |  |  |
| 主任担当者 | 氏名歳所属 | 実務経験年数年資格 |  |  |  |
|  | 氏名歳所属 | 実務経験年数年資格 |  |  |  |
|  | 氏名歳所属 | 実務経験年数年資格 |  |  |  |
|  | 氏名歳所属 | 実務経験年数年資格 |  |  |  |

（注１）配置を予定しているもの全員について記入すること。

（注２）本業務を主体的に行う担当者を「主任担当者」欄に記載すること。

（注３）学識経験者や公職（各種外部委員）就任者などについては資格欄に併せて記入すること。（注４）過去の実績については、これまでの同等業務の完成業務数を記入すること。

（注５）記入欄が不足する場合は、複写して作成すること。

（注６）上記項目を満たすものであれば任意様式で可とする。

（様式４）

管理責任者、主任担当者の業務実績調書

（いずれかに〇印をすること。）

商号又は名称

代表者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 発注者名 | 履行期間 | 履　行　内　容（担当した役割・職務内容を詳細に記載） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（注１）様式３の実務実績を裏付けるものとして、介護保険事業計画等の策定業務（同種業務）又はその他行政計画策定支援業務（類似業務）について、過去５年間の履行実績（管理責任者又は主任担当者として従事したものに限る。）を最大10件まで記入すること。

（注２）上記項目を満たすものであれば任意様式で可とする。

（様式５）

会社概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| ホームページアドレス |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金又は基本財産 | 　　年　　月　　日現在千円 |
| 従業員数 | 　　年　　月　　日現在　　　　　　　　　　　　　名 |
| 経営理念 |  |
| 運営方針 |  |
| 業務内容 |  |

（注１）会社等の概要パンフレット等も添付すること（任意）。

（注２）上記項目を満たすものであれば任意様式で可とする。

（様式６）

質　　問　　書

東近江市福祉部長寿福祉課　宛

（商号又は名称　　　　　　　　　　　　　）

第10期東近江市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画及び東近江市認知症施策推進計画策定支援業務についての質問書を提出します。

|  |
| --- |
| 質　　問　　内　　容 |
|  |
| 所属部門 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス |  |

（様式７）

年　　月　　日

東近江市長　小　椋　正　清　様

 　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

参加辞退届

　　年　　　月　　　日付けで応募した第10期東近江市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画及び東近江市認知症施策推進計画策定支援業務に関するプロポーザルについて、参加を辞退します。

【連絡先】

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

ファックス

電子メール

（様式８）

**誓　約　書**

　　年　　月　　日

東近江市長　様

本店所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　 　　　　　　印

当社（個人である場合は私、団体である場合は当団体）は、今回のプロポーザルに参加するに当たり、下記の事項について誓約します。

　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

　また、下記の事項を確認するため、貴市から役員等名簿の提出を求められた場合には、速やかに提出するとともに、当該名簿により提出する当方の個人情報を東近江警察署に提供することについて同意します。

記

　次の各号に掲げる者でないこと。

(1) 役員等（プロポーザルに参加しようとする者が個人である場合にはその者を、法人である場合にはその役員をいい、当該プロポーザルに参加しようとする者から市との取引上の一切の権限を委任された代理人を含む。以下、「役員等」という。）が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第６号に規定する暴力団員（以下、「暴力団員」という。）であると認められる者

(2) 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下「暴力団」という。)又は暴力団員が経営に実質的に関与していると認められる者

(3) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしたと認められる者

(4) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持又は運営に協力し、又は関与していると認められる者

(5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していると認められる者