【様式１】

**※４月19日（金）17時必着**

**参加申込書**

令和6年　　月　　日

　愛媛県知事　中村　時広　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 所　　属 |  |
| 氏　　名 |  |
| E-mail |  |

　「令和6年度市町の地域特性に応じた地域包括ケアシステム構築支援事業」の公募参加資格のすべてに該当することを確認し、公募型プロポーザルに参加したいので、参加申込書を提出します。

【様式２】

**企画競争辞退届**

令和6年　　月　　日

　愛媛県知事　中村　時広　様

〒

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 所　　属 |  |
| 氏　　名 |  |
| E-mail |  |

　「令和6年度市町の地域特性に応じた地域包括ケアシステム構築支援事業」の企画競争への参加を、次の理由により辞退します。

（辞退理由）

【様式３】

**※４月19日（金）17時必着**

**宛先：愛媛県長寿介護課　長寿政策係　竹村　宛**

**ＦＡＸ　０８９－９３５－８０７５**

**E-mail**[**choujukaigo@pref.ehime.lg.jp**](mailto:choujukaigo@pref.ehime.lg.jp)

**質　問　票**

令和6年　　月　　日

　「令和6年度市町の地域特性に応じた地域包括ケアシステム構築支援事業」について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 連絡先 | 担当者　職・氏名  ＴＥＬ  ＦＡＸ  E-mail |
| 質問内容 |  |

【様式４】

**※４月26日（金）17時必着**

**企画提案書**

令和6年　　月　　日

　愛媛県知事　中村　時広　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　㊞

　「令和6年度市町の地域特性に応じた地域包括ケアシステム構築支援事業」について、本書のとおり企画提案します。

【企画提案者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

【プレゼンテーションの方法について】

該当する方法に○を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ア　パワーポイントを使用 | イ　書類のみで行う |

*（注）　提案書（任意様式）、業務協定表（任意様式）、会社概要書（様式4-1）、業務実施体制調書（様式4-2）、類似業務実績調書（様式4-3）、見積書（様式4-4）を添付すること。*

【様式４-１】

**会社概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名  （法人名） |  | | |
| 代表者名 |  | | |
| 所在地 | 〒  住　　所    電話番号 | | |
| 設立年月日 |  | | |
| 資本金 |  | | |
| 直　近　の  年間売上高 |  | | |
| 従業員数 |  | | |
| 業務内容 |  | | |
| ホームページの有無 | 有 | URL | 無 |

【様式４-２】

**業務実施体制調書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 所属・役割・氏名 | 経験年数・業務実績 | 担当する業務 |
| 統括責任者 |  |  |  |
| 業務担当者 |  |  |  |
| 業務担当者 |  |  |  |
| 業務担当者 |  |  |  |

※記載欄が不足する場合は、本様式を修正して全員分を記載すること。

※提出者以外の企業等（グループ企業を含む）に所属する者は、企業名等も記載すること。

**※本書に、業務実施体制を図示する書類（任意様式）を添付すること。**

【様式４-３】

**類似業務実績調書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注者 | 実施時期 | 契約金額 | 業務の概要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※過去３年間（令和3～5年度）で国や自治体との間で契約・履行した類似又は関連する業務の実績を記入すること。

※記入欄が不足する場合は、本様式を修正して記載すること。

【様式４-４】

**見　積　書**

令和6年　　月　　日

　愛媛県知事　中村　時広　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　㊞

業務名：令和6年度市町の地域特性に応じた地域包括ケアシステム構築支援事業

￥

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（消費税及び地方消費税を含む。）

**※積算内訳書（任意様式）を添付すること。**