（様式１）

令和　　年　　月　　日

**令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業**

**企画提案説明会参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体の名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　 |
| 参加者氏名 | 　 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

【提出先】

愛媛県保健福祉部生きがい推進局

長寿介護課　介護研修係

ＦＡＸ：０８９－９３５－８０７５

e-mail：choujukaigo@pref.ehime.lg.jp

（様式２）

令和　　年　　月　　日

**令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業**

**企画提案参加申込書**

愛媛県知事　　　　　　　様

住　　所

法 人 名

　代表者職・氏名　　　　　　　　　　印

　当法人は、公募参加資格のすべてに該当することを確認し、令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業の企画提案募集への参加を申し込みます。

|  |
| --- |
| **担当者連絡先** |
| 所　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| ｅ-ｍａｉｌ |  |

（様式３）

令和　　年　　月　　日

**令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業**

**企画提案辞退届**

愛媛県知事　　　　　　　様

住　　所

法 人 名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　印

　令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業の企画提案への参加を次の理由により辞退します。

（辞退理由）

（様式４）

**宛て先：愛媛県長寿介護課　介護研修係　宛て**

　　　　　　ＦＡＸ　０８９－９３５－８０７５　（送付状は不要です）

　　　　　　**４月１０日（月）　１７：１５〆切（必着）**

**質　　問　　票**

　令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 連絡先 | 担当者職・氏名ＴＥＬＦＡＸ |
| 質問内容 |  |

（様式５）

令和　　年　　月　　日

**令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業**

**企画提案申請書**

愛媛県知事　　　　　　　様

住　　所

法 人 名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　印

　令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業企画提案募集要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、同要領「３　企画提案の応募資格・条件」に規定する資格要件を全て満たすことを誓約します。

記

（１）企画書（様式６）

（２）添付資料

　　　　　　　　　・委託費見積書

　　　　　　　　　・県税に未納のない旨の証明書

　　　　　　　　　・直前２年分の事業報告書及び決算書

・個人情報保護に関する規定

・会社概要資料

（様式６）

令和　　年　　月　　日

**令和５年度愛媛県在宅介護研修センター体験型介護研修事業**

**企　　画　　書**

愛媛県知事　　　　　　　様

住　　所

法 人 名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 記　　載　　項　　目 | 内　　容 |
| １　一般県民対象体験型介護研修の開催内容 | （別紙に記載してください） |
| ２　小学生対象体験型介護研修の開催内容 |
| ３　福祉系学校対象体験型介護研修の開催内容 |
| ４　広告事業の実施内容 |
| ５　事業効果 |
| ６　その他の企画提案 |
| ７　事業管理・運営体制 |
| ８　全体のスケジュール及びその進行管理 |
| ９　事業実施状況報告書の提出等 |
| 10　活動実績 |
| 11　当該事業に必要な経費の概算額及びその明細 |

*（注）１　記載項目の内容については、実施要領５（２）企画書の内容を参照のこと。*

*２　別紙は自由様式とし、Ａ４版、片面印刷で２０ページ以内とすること。*

＜プレゼンテーションの方法について＞

該当する方法に○をつけてください。

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

*（注）スクリーン、プロジェクタ、パソコンは当方で用意しますが、これら以外の機器を用いる場合は、応募者が各自で用意すること。*