（様式第１号）

令和７年　　月　　日

高砂市長　　都 倉　　達 殊　様

**公募型プロポーザル参加申込書**

（参加申込者）

住所又は所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  
電話番号　（　　　　　）　　　　－

　高砂市高齢者福祉計画及び高砂市介護保険事業計画（第10期）策定業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、別紙のとおり企画提案書を提出します。

記

【本件業務に係る担当者連絡先】

部署名

氏名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

Ｅ-mail

（様式第２号）

令和７年　　月　　日

高砂市長　　都 倉　　達 殊　様

**誓　　約　　書**

（参加申込者）

住所又は所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  
電話番号　（　　　　　）　　　　－

　高砂市高齢者福祉計画及び高砂市介護保険事業計画（第10期）策定業務委託に係る公募型プロポーザルに参加するにあたり、下記のとおり相違ないことを誓約いたします。

記

高砂市高齢者福祉計画及び高砂市介護保険事業計画（第10期）策定業務委託に係る公募型プロポーザルについて、実施要領第２項第１号に掲げる参加資格の要件を満たしています。

（様式第３号）

令和７年　　月　　日

**過去（６年間）の業務実績**

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業 務 名 | 業務内容 | 発 注 者 | 契約金額 | 契約期間 |
|  |  |  |  | ．　．  ～  ．　． |
|  |  |  |  | ．　．  ～  ．　． |
|  |  |  |  | ．　．  ～  ．　． |
|  |  |  |  | ．　．  ～  ．　． |
|  |  |  |  | ．　．  ～  ．　． |

高砂市高齢者福祉計画及び高砂市介護保険事業計画（第10期）策定業務の有無について、以下のとおり記載すること。

（１）元請として契約した業務を記載すること。

（２）過去６年間（平成31年度から令和6年度まで）に完了した業務を記載すること。

（３）同種業務又は類似業務について全て記載すること。（様式第４号）

令和７年　　月　　日

**本業務の実施体制**

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総括責任者 | 氏　　　　名 |  | 年　齢 |  | 職　名 |  |
| 実務経験年数 |  | 資　格 | |  | |
| 過去（６年以内）における  担当実績 |  | | | | |
| 担当予定業務 |  | | | | |
| 業務担当者 | 氏　　　　名 |  | 年　齢 |  | 職　名 |  |
| 実務経験年数 |  | 資　格 | |  | |
| 過去（６年以内）における  担当実績 |  | | | | |
| 担当予定業務 |  | | | | |
| 業務担当者 | 氏　　　　名 |  | 年　齢 |  | 職　名 |  |
| 実務経験年数 |  | 資　格 | |  | |
| 過去（６年以内）における  担当実績 |  | | | | |
| 担当予定業務 |  | | | | |

※高砂市高齢者福祉計画及び高砂市介護保険事業計画（第10期）策定業務に実質的に携わる者を記入すること。

※この様式に記入ある担当者は、市との打合わせに同席のこと。（様式第５号）

令和７年　　月　　日

**質　疑　書**

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質　疑　内　容 | | | |
|  | | | |
| 担当者名 |  | 電話 |  |
| E-mail |  |