

(様式1)

プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所
電話 番 号
事 業 者 名
代 表 者 (役職・氏名) 印

須賀川市第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定業務指名型プロポーザルについて、様式2を添えて申し込みます。

なお、須賀川市第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定業務指名型プロポーザル実施要領に定める参加資格要件を満たしていること及び参加申込に必要な書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

会 社 概 要	設 立	
	資 本 金	
	従 業 員 数	
	HPアドレス	
担 当 部 署		
連 絡 先	T E L	
	F A X	
	E - m a i l	
	担 当 者 名	

(様式2)

業 務 実 績 書

事業者名 _____

【本業務の内容と同種の業務の実績】

業務名	発注者	実施時期	契約金額	業務の概要

【本業務の内容と類似の業務の実績】

業務名	発注者	実施時期	契約金額	業務の概要

注1：必要に応じて行を追加してください。

(様式3)

プロポーザル届出書

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所

電 話 番 号

事 業 者 名

代 表 者 (役職・氏名)

印

須賀川市第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定業務指名型プロポーザル
実施要領に基づき、次のとおり企画書等の関係書類を提出します。

(様式4)

業務実施体制調書

事業者名

役割	氏名・所属・役職	略歴・主な関連業務実績等	担当する業務
責任者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	
担当者	(氏名) (所属・役職)	(略歴) (専門分野) (関連業務実績・資格・スキル等)	

※必要に応じて行を追加してください。

(様式5)

プロポーザル参加辞退届

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所

電話番号

事業者名

代 表 者 (役職・氏名)

印

須賀川市第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定業務指名型プロポーザルの参加を辞退します。

【辞退理由】

(様式6)

質 問 書

令和 年 月 日

(あて先) 須賀川市長

(提出者) 住 所
電 話 番 号
事 業 者 名
代 表 者 (役職・氏名)

須賀川市第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定業務について、次の事項を質問します。

質 問 の 内 容	
担 当 者 名	

担当：須賀川市市民福祉部長寿福祉課長寿福祉係
○送信先メールアドレス： choujyu@city.sukagawa.fukushima.jp
○メールの件名：「プロポーザルに関する質問（事業者名）」