

参加申込書

(業務名) 第7期高森町高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務

標記業務に係る受託者選定の企画提案競争への参加を申し込みます。なお、募集要項に定められている参加資格を満たしていることを誓約するとともに、当該誓約に違反があった場合には、一方的に審査手続から除外されても異議ありません。

平成29年 月 日

高森町長 (あて)

申込者 所在地 :

商号又は名称 :

代表者職・氏名 :

印

電話番号 :

統括責任者 所属 :

役職・氏名 :

電話番号 :

F A X 番号 :

E - M a i l :

会 社 概 要

ふりがな 法 人 名			
所 在 地	〒		
電 話 番 号		F A X 番 号	
ふりがな 代 表 者 職 氏 名		設 立 年 月 日	
資 本 金		売 上 高	
従 業 員	名 (常勤 名、非常勤 名)		
沿 革			
基 本 理 念 経 営 理 念			
主 要 業 務			
応募に関する担当者連絡先			
ふりがな 氏 名		部 署 ・ 職 名	
電 話 番 号		F A X 番 号	
電 子 メ ー ル			

統括責任者及び担当者の業務実績調書

統括責任者	氏名		所属・氏名	
	経歴等			
	業務経験年数	(通算)	年	
		(現在の部門)	年	
	専門分野			
	参画した主要業務の概要と担当した分野			
特記事項				
担当者	氏名		所属・氏名	
	経歴等			
	業務経験年数	(通算)	年	
		(現在の部門)	年	
	専門分野			
	参画した主要業務の概要と担当した分野			
特記事項				

※ 業務実績は、実績件数がわかるように記載すること。

※ 担当者が複数の場合は、適宜表を追加すること。

業務実施体制調書

本事業を受託した場合の体制

	氏名	所属	役割	現在担当している調査数	主な勤務場所
統括責任者					
担当者					
補助担当者					

業務実施組織図

体制の特徴

※この表は、適宜作り変えてもよいこととする。

質 問 書

会 社 名	
担 当 者 名	
○質問事項	

参加辞退届

平成 年 月 日

高森町長 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

担当者名

電話番号

業務名： 高森町第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画

平成 年 月 日付で参加申し込みをしました上記業務の企画提案について、都合により
辞退いたします。

以後、高森町第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務に関して、いかなる
権利も主張しないことを約束いたします。

【辞退理由】