* 以下の各様式の記入欄が不足する場合は、記入欄を追加し、又は別葉にするなど、適宜変更して記入すること。

（様式第１号）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　神谷　俊一　　様

提出者　企　業　名

代表者氏名

　千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託に係る下記の質問について回答願います。

 記

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
| 項目：内容： |

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 |  |
| 部　署　名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式第２－１号）

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

　「千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託」の事業者募集に応募したいので、資料を添えて申し込みます。

１　申込者

住所（所在地）

（〒　　 　－　　 　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　 担当部署

　　 担当者職名及び氏名

電話番号

Fax番号

　　 e-mail:

２　添付書類

（１）「誓約書」（様式第３号）

（２）「企業概要」（様式第４号）

（３）「委託業務の実施体制」（様式第６号）

（４）「事業の実績が分かる書類」（任意様式）

　　　（２種類以上で過去５年間のものに限る。契約書の写しを添付すること）

**受　理　票**

　　令和　　年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 受付時刻 | 　　時　　分 |

「千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託」の参加申込書を受領いたしました。

千葉市保健福祉局健康福祉部

在宅医療・介護連携支援センター

千葉市美浜区幸町１－３－９

電話043-305-5021

（様式第２－２号）

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

　「千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託」の事業者募集に応募したいので、資料を添えて申し込みます。

１　申込者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同事業体

代表構成員

住所（所在地）（〒　　 　－　　 　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　 担当部署

　　 担当者職名及び氏名

電話番号

Fax番号

　　 e-mail:

構成員

住所（所在地）（〒　　 　－　　 　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

２　添付書類

（１）「誓約書」（様式第３号）

（２）「企業概要」（様式第４号）

（３）協定書等コンソーシアムを証する書類

（４）「委託業務の実施体制」（様式第６号）

（５）「事業の実績が分かる書類」（任意様式）

　　　（２種類以上で過去５年間のものに限る。契約書の写しを添付すること）

**受　理　票**

　　令和　　年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 受付時刻 | 　　時　　分 |

「千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託」の参加申込書を受領いたしました。

千葉市保健福祉局

健康福祉部在宅医療・介護連携支援センター

千葉市美浜区幸町１－３－９

電話043-305-5021

（様式第３号）

**誓　約　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

１　申込者

住所（所在地）

（〒　　 　－　　 　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 電話番号

千葉市が実施する「千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託」の参加申込にあたり、地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４に該当しないことを誓います。

また、この申込書及び添付書類のすべての記載事項は事実と相違ないこと、千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託企画提案実施要領に定める参加要件をすべて満たしていることを誓約します。

（様式第４号）

企　　業　　概　　要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 設立年月 |  |
| 本店所在地 |  |
| 資本金 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 事業内容 |  |
| 職員総数 |  |
| 国内営業拠点数 |  |
| 千葉市近隣の営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 職員数 |  |
| 委託された場合の営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 職員数 |  |
| 本事業に関わる職員が有する関連資格及び有資格者数 |  |

（様式第５号）

千葉市在宅医療・介護実態調査業務委託

企画提案提出資料

令和　　年　　月　　日

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

◎提出資料

　　　　　　　　企画提案書（正本）　　　　　　　　　１部

　　　　　　　　企画提案書（副本）　　　　　　　　　９部

（様式第６号）

業務実施体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予定者名（年齢） | 所属・役職 | 担当する業務の内容 | 専任又は兼任 |
| 業務管理者 |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※本様式については、適宜加除修正して差し支えない。

（様式第７号）

予定業務管理者及び担当者の経歴等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名 | 生年月日 |
|  |  |  |
| 所属・役職 |
|  |
| 業務経歴等 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名 | 生年月日 |
|  |  |  |
| 所属・役職 |
|  |
| 業務経歴等 |
|  |

※本様式については、適宜加除修正して差し支えない。

提出物一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 様式 | 書類番号 | 備考 |
| １　委託業務の目的に対する考え方 | 自　由 | １ |  |
| ２　市内の在宅医療及び介護に関わる資源の量や各施設の機能調査 |  |
| ①　調査の実施方法 | 自　由 | ２－① |  |
| ②　調査結果の集計方法 | 自　由 | ２－② |  |
| ３　市内の在宅医療・介護資源の将来推計に関する項目 |  |
| ①　各必須項目に関するデータ収集・分析方法 | 自　由 | ３－① |  |
| ②　関係者や市民に対する推計結果の提示方法 | 自　由 | ３－② |  |
| ４　企画提案内容全体に関する項目 |  |
| ①－１　業務実施体制 | 様式第６号及び第７号 | ４－①－１ |  |
| ①－２　業務実施計画 | 自　由 | ４－①－２ |  |
| ②　　　独自提案項目 | 自　由 | ４－② |  |
| ③　　　業務実績 | 自　由 | ４－③ |  |
| ④　　　事業費の積算 | 自　由 | ４－④ |  |

※提出にあたっては、各項目に該当するページの右上に書類番号を記載し、インデックスをつけ、表の番号順に綴じること。