（様式１）

企画提案参加申込書

　　令和７年　　月　　日

（あて先）千葉市長

　　　　　　（申込者）所在地

　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（担当部署）担当者職氏名：

　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　FAX番号：

　　　　　　　　　　　e-mail:

　「千葉市高齢者保健福祉推進計画（第１０期介護保険事業計画）策定支援業務委託」の

企画提案に参加にしたいので、資料を添えて申し込みます。

添付書類

　　１　誓約書（様式２）

　　２　企業概要（様式３）

　　３　委託業務の実施体制（様式４）

　　４　業務実績（様式５）※契約書の写し等、確認できる書類を添付すること。

　　５　情報セキュリティ対策関連の書類の写し（募集要項「３　参加資格要件」（３）ア）

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付　印 |  |
| 受付時刻 | 時　　分 |

千葉市 保健福祉局 高齢障害部 高齢福祉課

千葉市中央区千葉港１番１号

　千葉市役所高層棟９階

電話　043-245-5171

注１　申請にあたり、現在の手持業務及び指名状況等を勘案し、技術者数等について

十分考慮のうえ提出すること。

２　押印は実印・使用印等の届出印とする。

３　提出期限を厳守すること。

　４　提出された書類は、参加資格を確認するにあたっての資料とするものであり、

直ちに参加決定につながるものではありません。

（様式２）

**誓　　約　　書**

　　令和７年　　月　　日

　（あて先）千葉市長

　　　　　　　 　　　　　　所在地又は住所

　　 　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　担当者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　「千葉市高齢者保健福祉推進計画（第１０期介護保険事業計画）策定支援業務委託」の企画提案参加申込にあたり、地方自治法施行令第１６７条の４に該当しないことを誓います。

また、私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律等の規定に抵触する行為は行っていないことを誓約し、この誓約書の写しが、公正取引委員会及び千葉県警察に送付されても異議ありません。

また、本申込書及び添付書類のすべての記載事項が事実と相違ないこと及び参加要件を満たしていることを誓約します。

（様式３）

企　　業　　概　　要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 千葉市委託入札参加資格者名簿登載企業番号等 |  | |
| 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 |  | |
| 千葉市内の営業拠点 | 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 |  |

（様式４）

委 託 業 務 の 実 施 体 制

（１）　体制図（例示）

（業務管理者）

企業名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

担当業務内容

（　　　　　　　　　）

部署名・役職・担当者名

（２）　担当予定者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 部署名（役職） | 氏名（年齢） | 担当業務内容 |
| 業務管理者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |

（様式５）

業　　務　　実　　績

※下記の業務実績を確認できる書類（契約書の写し等）を添付すること。

※直近の実績から記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項　　目 | 記　　　入　　　欄 |
| １ | 業　務　名　称 |  |
| 受 託 年 月 日  及び受託期間 |  |
| 発　　注　　者 |  |
| 業　　務　　名 |  |
| 業　務　概　要 |  |
| ２ | 業　務　名　称 |  |
| 受 託 年 月 日  及び受託期間 |  |
| 発　　注　　者 |  |
| 業　　務　　名 |  |
| 業　務　概　要 |  |
| ３ | 業　務　名　称 |  |
| 受 託 年 月 日  及び受託期間 |  |
| 発　　注　　者 |  |
| 業　　務　　名 |  |
| 業　務　概　要 |  |

（様式６）

質　問　書

令和７年　　月　　日

（あて先）千葉市長

＜提出者＞

商号又は名称

代表者職氏名

「千葉市高齢者保健福祉推進計画（第１０期介護保険事業計画）策定支援業務委託」の企画提案について、下記のとおり質問します。

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７）

企画提案提出資料

令和７年　　月　　日

委託業務名　「千葉市高齢者保健福祉推進計画（第１０期介護保険事業計画）

策定支援業務委託」

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）　　　　　　　１０部