山添村高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画策定業務委託

公募型プロポーザル参加申込書

令和　 年　 月 　 日

山添村長　　野　村　栄　作 　殿

山添村高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、プロポーザルに参加を申し込みます。

なお、当社が参加資格要件を全て満たしていること並びに添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参  加            事  業  者 | 所 在 地 | | |  |
| 商号又は名称 | | |  |
| 代表者職・氏名 | | | 印 |
| 業務担当者 | 所 | 属 |  |
| 役 | 職 |  |
| 氏 | 名 |  |
| 電話番号 | |  |
| ＦＡＸ番号 | |  |
| メールアドレス | |  |

企画提案書提出届

令和 　 年 　 月 　日

山添村長　　野　村　栄　作 　殿

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

山添村高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、別添のとおり企画提案書等を提出します。

質 問 票

山添村役場　保健福祉課　行

山添村高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザルに関し、下記のとおり質問いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信日 | | 令和５年 　月 　 日（ 　 ） |
| 送　信　者 | 商号又は名称 |  |
| 担当者 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項  （内容は簡潔にお願いします。） | |  |

※ 令和５年６月２３日（金）午後５時までに、電子メールにて提出すること。

※ 質問票の送信後は、必ず電話による着信確認を併せて実施すること。

辞　退　届

令和　 年　 月 　 日

山添村長　　野　村　栄　作 　殿

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

山添村高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザルへの参加を辞退します。