（様式第１号）

参　加　表　明　書

　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

住　　　所

会　社　名

代　表　者 印

　下記業務に係る公募型プロポーザルについて、参加要件資料を添えて、参加の希望を表明します。

　なお、当該業務に係る提案参加資格に該当する者であること及び本書並びに提案書の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

対象業務　令和５年度オンライン介護予防推進事業業務

【連絡先】

　住所　　　　　〒

　所属部署名

　担当者氏名

　電話番号

　ＦＡＸ

　Ｅ－ｍａｉｌ

（様式第２号）（様式自由）

企　画　提　案　書

　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

住　　　所

会　社　名

代　表　者 印

令和５年度オンライン介護予防推進事業業務について、企画提案書を提出いたします。

業務名称　　　　令和５年度オンライン介護予防推進事業業務

履行場所　　　　高松市が指定した高齢者の居場所

履行期間　　　　令和５年８月１日（火）～令和６年３月３１日（日）

【連絡先】

　住所　　　　　〒

　所属部署名

　担当者氏名

　電話番号

　ＦＡＸ

　Ｅ－ｍａｉｌ

（様式第３号）（様式自由）

提　案　価　格　書（様式自由）

令和５年度オンライン介護予防推進事業業務に、下記の金額にて応募いたします。

　　年　　月　　日

件名：　令和５年度オンライン介護予防推進事業業務

　　　合計

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 千 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

金額内訳については明細を添付すること。

（あて先）高松市長

応募者

住　所

会社名

代表者 印

電　話

ＦＡＸ

Ｅ-mail

担当者名

◆備考

* **金額は算用数字で表示し、頭書に￥の記号を付記すること**
* **消費税相当額を含む金額にて提出すること**
* **本提案価格書は、封筒に入れ密封し代表企業名を表記して１部提出すること**

（様式第４号）（様式自由）

応　募　者　概　要　書

【概要】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本社 | 会社名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 高松市との  契約支店 | 支店（営業所）名 |  | |
| 支店（営業所）所在地 |  | |
| 連絡担当者 | 所属 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話 |  | |
| ＦＡＸ |  | |
| Ｅ－ＭＡＩＬ |  | |
| 主な事業 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 令和５年度の  消費税課税状況 | 課税事業者の予定 | | 非課税事業者の予定 |

（様式第５号）（様式自由）

業務実績書

オンライン講座による介護予防や健康増進に資する事業の実施の有無。有の場合その成果について（２つまで）。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 概要と成果 |  |
| 実施期間 | 令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 概要と成果 |  |
| 実施期間 | 令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで |

※１　実績を確認できるよう具体的に記入してください。

※２　令和２年４月以降の実績を記入してください。

※３　該当する業務がない場合は、「該当なし」と御記入ください。

所　在　地

氏名・名称

及び代表者