（様式第１号）

参加表明書

　令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 ㊞

　令和７年度「元気アップ教室」（一般介護予防事業）(後期追加分)業務に係る提案公募に参加したいので、関係書類を添えて参加表明書を提出します。

　なお、本業務に係る公募要領の参加資格要件を全て満たし、提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。また、虚偽、不正行為が判明したときは、いかなる処分に対しても異議を申し立てません。

|  |
| --- |
| 担当者連絡先 |
| 担当者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 所在地・書類等送付先（本社所在地と異なる場合のみ記載要） |  |

（様式第２号）

応募者概要書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本社 | 法人名 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 支店(営業所)名及び所在地 | 支店（営業所）名 |  |
| 支店（営業所）所在地 |  |
| 本業務を実施する拠点 |  |
| 上記拠点の従業員数 | 　　　　　　　　　　人　　 |
| 事業概要 |  |
| 令和７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３号）

業務実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 契約金額 | 円 |

要支援・要介護認定及び事業対象者を対象としない、元気な高齢者を対象とした介護予防や健康増進に資する事業の受託実施の有無を記入。有の場合はその成果（２つまで）を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 契約金額 | 円 |

※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４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」と記入してください。

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 　 ㊞

辞退届

　令和７年度「元気アップ教室」（一般介護予防事業）（後期追加分）業務に係る提案公募への参加を辞退しますので、辞退届を提出します。

記

　辞退理由

|  |
| --- |
| 担当者連絡先 |
| 担当者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 所在地・書類等送付先（本社所在地と異なる場合のみ記載要） |  |

（様式第５号）（様式自由）

企　画　提　案　書

　令和７年度「元気アップ教室」（一般介護予防事業）（後期追加分)業務に係る提案公募について、以下のとおり提案書及び関係書類を提出します。

　なお、添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します

１　会場名、所在地、連絡先等を御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 会場（教室）名 |  |
| 所在地 | 高松市　　　　　　　町　　　　丁目　　　番　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 |
| 会場面積 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 連絡先 | －　　　　　－ |
| 駐車場交通機関等 |  |
| 会場借上げ | 　 無し　・　有り　　（該当する方を〇で囲んでください） |

　　 ＊会場平面図（使用スペースのタテ・ヨコ等の寸法を明示したもの）及び写真を添付してください。（Ａ４サイズ）

２　実施計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 定例日 | 実施時間 | 後　期 |
| １１月 | １２月 | １月 | ２月 |
| 第・曜日 | 時 分　　～時　分 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 日 | 日 | 日 | 日 |

３　定員　　　　　　人

４　実施体制

|  |  |
| --- | --- |
| 運動指導者の氏名 | 左記の運動指導者が欠席した際の代替者の配置 |
|  | 可能　　・　不可能 |

　　＊仕様書２（４）ア（ア）に該当する内容の運動指導の経歴書（任意様式）を添付してください。代替者がいる場合も提出をお願いします。

５　安全管理体制（「元気アップ教室」仕様書２（４）イを参照してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 加入保険の名称（予定含む） |  |
| その他（ＡＥＤの設置状況、安全管理マニュアルの策定等） |  |

６　「元気アップ教室」へのボランティアの紹介

1. 下記のいずれかに○をしてください。

希望します　　　・　　　希望しません

　（２）（１）で希望するに○をした場合、下記についても御記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望人数 | 人 | 加入保険の名称（予定含む） |  |

※「元気アップ教室」ボランティアについては、仕様書２(４)ケを参照してくださ　　い。

７　実施内容（仕様書２（２）カを参照してください。）

　　実施内容について、別紙（任意様式、Ａ４サイズ）に分かりやすく記載してください。（必要に応じて図、表、写真を使用してください。）

|  |
| --- |
| 担当者連絡先 |
| 担当者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 所在地・書類等送付先（本社所在地と異なる場合のみ記載要） |  |

（様式第６号）

　令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名 　 ㊞

参考見積書

次のとおり見積します。

１　業務名：令和７年度「元気アップ教室」（一般介護予防事業）（後期追加分）業務

２　見積金額

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

**◆記載に当たっての注意事項**

* **教室開催１回当たりの金額を記入し、消費税相当額を含む金額とすること。**

**（会場を借り上げる場合は、その費用も含めること。）**

* **見積金額はアラビア数字で表示し、頭書に￥をつけること。**
* **見積金額の積算内訳について明細を添付すること。**

|  |
| --- |
| 担当者連絡先 |
| 担当者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 所在地・書類等送付先（本社所在地と異なる場合のみ記載要） |  |

（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

提案書の公開に係る意向申出書

プロポーザル方式の実施に係る提案書の内容に対して、公開請求があった場合の取扱いについて次のとおり意向を申し出ます。

なお、高松市情報公開条例その他関係法令に基づく非公開情報に当たるか否かの決定に当たっては、高松市長においてそれを判断することを承諾の上、提出します。

業務名：令和７年度「元気アップ教室」（一般介護予防事業）（後期追加分）業務

上記の件について、

１　提案書の公開を承諾します。

２　提案書の以下の情報について、非公開を希望します。

非公開情報：

非公開理由：

|  |
| --- |
| 担当者連絡先 |
| 担当者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 所在地・書類等送付先（本社所在地と異なる場合のみ記載要） |  |