

様式第1号

令和 年 月 日

小 郡 市 長 殿

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

公募型プロポーザル参加表明書

下記の業務について、公募型プロポーザルの参加を表明します。

記

業 務 名：小郡市介護予防・日常生活支援総合事業業務（運動器機能向上教室）

連絡担当者

所 属

担当者

T E L

F A X

E-mail

様式第7号

令和 年 月 日

小 郡 市 長 殿

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

⑩

企 画 提 案 書

下記の業務について、企画提案書を提出します。

記

業務名 : 小郡市介護予防・日常生活支援総合事業業務 (運動器機能向上教室)

連絡担当者

所 属

担当者

T E L

F A X

E-mail

法人名	
担当者名	
電話番号	
E-mail	

実施要領等に関する質疑書

実施要領等について、次のとおり質問します。

No.	資料名称	該当頁	該当行	該当項目	質問内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

令和 年 月 日

小 郡 市 長 殿

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

小郡市介護予防・日常生活支援総合事業業務プロポーザル参加申込書

小郡市介護予防・日常生活支援総合事業業務プロポーザル実施要領の内容に同意の上、申込みます。

なお、小郡市介護予防・日常生活支援総合事業業務プロポーザル実施要領において、参加要件をすべて満たしていること及び提出書類等の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

また、提案の内容につきましては、すべての履行を保証します。

連絡担当者

所 属

担当者

T E L

F A X

E-mail

様式第 1 2 号

役員等名簿			
法人名：			
(ふりがな) 氏 名	性別	生 年 月 日	住 所
		役職名・呼称	TEL FAX

小郡市が必要とした場合は、福岡県警察に暴力団員等に関する照会を行うことを同意するものとします。

《備考》

当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役員又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入してください。

企画提案書別紙

1 小郡市介護予防・日常生活支援総合事業業務（運動器機能向上教室）の受託を希望する理由

2 プログラムの内容および特色

※企画提案書内記載又は別紙添付（任意様式）可

3 各クールの内容・所要時間

回	内容・所要時間					
	講話 10分	ストレッチ 10分	××体操 20分	〇〇運動 30分	△△トレーニング 10分	ストレッチ 10分
1	分	分	分	分	分	分
2	分	分	分	分	分	分
3	分	分	分	分	分	分
4	分	分	分	分	分	分
5	分	分	分	分	分	分
6	分	分	分	分	分	分
7	分	分	分	分	分	分
8	分	分	分	分	分	分
9	分	分	分	分	分	分

4 参加者が自宅等で運動等を継続するためのプログラムおよび配付資料の工夫点

※配付資料（案）を添付すること

--

5 従事者等配置計画

※ 1人ごとに記載，5名以上の場合は，適宜，記載欄を追加すること

職種・資格	
経歴	

職種・資格	
経歴	

職種・資格	
経歴	

職種・資格	
経歴	

6 安全管理体制等について（安全マニュアル等を作成している場合は添付すること）

(1) 事故防止や発生時およびその後の対応について

A large, empty rectangular box with a black border, intended for providing details on accident prevention and response measures.

(2) 個人情報保護について

A large, empty rectangular box with a black border, intended for providing details on personal information protection measures.

(3) 新型コロナウイルス感染症予防対策について

A large, empty rectangular box with a black border, intended for providing details on COVID-19 prevention measures.