（様式第6号）

※記入欄が不足する場合は、適宜追加・拡大してください

**提　案　者　の　業　務　実　績**

令和元年度（2019年度）以降に受注した地方公共団体の介護保険制度にかかる地域支援事業の実績を記入すること。

※実績は１項目につき、１業務とする。現在実施中のものを含め4件まで記載できるものとする。

※通所型サービスの実績は高評価対象のため漏れなく記入すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 期間 | | 受注額 | 発注者 |
| **記入例** | R1.4～R4.3 | | 20,000千円 | 〇〇市 |
| 業務名称 | 〇〇市短期集中予防サービス業務委託 | | |
| 業務概要 | | | |
| 要支援認定やフレイルハイリスクと判定された高齢者等に対して短期集中的に医療及び福祉の専門職が指導・介入する事業（●●教室、体力測定会等）の運営・実施。 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 期間 | | 受注額 | 発注者 |
| １ |  | | 千円 |  |
| 業務名称 |  | | |
| 業務概要 | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 期間 | | 受注額 | 発注者 |
| ２ |  | | 千円 |  |
| 業務名称 |  | | |
| 業務概要 | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 期間 | | 受注額 | 発注者 |
| ３ |  | | 千円 |  |
| 業務名称 |  | | |
| 業務概要 | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 期間 | | 受注額 | 発注者 |
| ４ |  | | 千円 |  |
| 業務名称 |  | | |
| 業務概要 | | | |
|  | | | |