

(受付番号：)

(様式 1)

参 加 申 込 書

(業務名) 第 10 期豊中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務

標記業務に係る受託者選定の企画提案競争への参加を申し込みます。なお、募集要項に規定されている参加資格を満たしていることを誓約するとともに、当該誓約に違反があった場合には、一方的に審査手続きから除外されても異議ありません。

年 月 日

豊中市長（あて）

申込者 所 在 地：

商号又は名称：

代表者職・氏名：

電 話 番 号：

統括責任者 所 属：

役職・氏名：

電 話 番 号：

F A X 番 号：

E - M A I L：

(受付番号：)

(様式 2)

業 務 経 歴 書

中核市規模以上の他自治体において、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の策定又は計画の策定にかかる高齢者アンケート調査に関わる業務の受注実績

1	業務名称			
	発注者		業務場所	
	業務期間	から まで	受託費	千円
	業務の概要			

2	業務名称			
	発注者		業務場所	
	業務期間	から まで	受託費	千円
	業務の概要			

3	業務名称			
	発注者		業務場所	
	業務期間	から まで	受託費	千円
	業務の概要			

4	業務名称			
	発注者		業務場所	
	業務期間	から まで	受託費	千円
	業務の概要			

5	業務名称			
	発注者		業務場所	
	業務期間	から まで	受託費	千円
	業務の概要			

- ※ 実績は1項目につき1件とし、令和7年（2025年）3月31日までの実績を5件まで記載するものとする。
- ※ 他自治体において高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の策定又は計画の策定にかかる高齢者アンケート調査に関わる業務を記載すること。

(受付番号：)

(様式 3)

業 務 実 施 体 制 調 書

本業務を受託した場合の体制

	氏名	所 属	役 割	現在担当して いる調査数	主な勤務場所
統括責任者					
担当者					
補助担当者					
業務実施組織図					
体制の特徴					

※ この表は、適宜作り替えてもよいこととする。

(受付番号：)

(様式4)

統括責任者及び担当者の業務実績調書

統括責任者	氏名		所属・職名	
	経歴等			
	業務経験年数	(通 算) 年 (現在の部門) 年		
	専門分野			
	参画した主要業務の概要と担当した分野			
	特記事項			
担当者	氏名		所属・職名	
	経歴等			
	業務経験年数	(通 算) 年 (現在の部門) 年		
	専門分野			
	参画した主要業務の概要と担当した分野			
	特記事項			

※ 業務実績は、実績件数がわかるように記載すること。

※ 担当者が複数の場合は、適宜表を追加すること。

(受付番号：)

(様式 5)

質 問 書

会社名	
担当者名	
○質問事項	

(受付番号：)

(様式6)

公募開始日から過去3年以内の処分歴等の有無

<確認事項> 下記、1～4について該当する項目にチェック（✓）を入れてください。

1. 本市の入札参加停止措置又は入札参加除外措置の有無

☐ 公募開始日から過去3年以内に入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことはありません。

☐ 公募開始日から過去3年以内に6月未満の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがあります。

☐ 公募開始日から過去3年以内に6月以上の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがあります。

※ 措置の内容、期間及び終期がわかる書類を添付すること。

2. 国又は他の自治体の入札参加停止措置又は入札参加除外措置の有無

☐ 公募開始日から過去3年以内に入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことはありません。

☐ 公募開始日から過去3年以内に6月未満の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがあります。

☐ 公募開始日から過去3年以内に6月以上の入札参加停止措置又は入札参加除外措置を受けたことがあります。

※ 措置の内容、期間及び終期がわかる書類を添付すること。

3. 契約解除の有無

☐ 公募開始日から過去3年以内に本市から契約解除を受けたことはありません。

☐ 公募開始日から過去3年以内に本市から契約解除を受けたことがあります。

※ 契約解除通知書の写しを添付すること。

4. 書面での警告の有無

☐ 公募開始日から過去3年以内に本市から書面による警告を受けたことはありません。

☐ 公募開始日から過去3年以内に本市から不正又は不誠実な行為を理由として、書面による警告を受けたことがあります。

※ 書面による警告の写しを添付すること。