【様式１－１】

岩手県　保健福祉部　長寿社会課　介護福祉担当あて

FAX:019-629-5444

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等名称 |  |
| 担当部署等 |  |
| 担当者名 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先ＦＡＸ番号 |  |

**「社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事業運営業務」**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 資料名称 | 該当頁  該当行 | 質問内容 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |

**プロポーザル実施要領等に関する質問票**

※　提出期限内に、原則、電子メール又はＦＡＸで提出のこと。

期限（12月12日(月) 午後５時）を過ぎたものは受け付けません。

[メールアドレス：AD0005@pref.iwate.jp ／ＦＡＸ:019-629-5444 ]

【様式１－２】

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　達　増　拓　也　様

住　　　　　　所

商号又は名称

印

代表者職・氏名

**プロポーザル参加申込書**

　下記業務委託の締結事業者選定に係るプロポーザルに参加したいので申し込みします。

　なお、本申込書の内容について事実と相違ないこと、及び社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事業運営業務プロポーザル実施要領３の参加資格を満たしていることを誓約します。

記

１　業 務 名　社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事業運営業務

２　申 込 者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵 便 番 号 |  |  |  | － |  | |  |  |  | |  |
| 所 在 地 |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 商号又は名称 |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | |

３　担当者連絡先

　　　所属部署等

　　　担当者氏名

　　　電話番号等 電　話 （ ）　FAX（ ）

E-mail （ ）

※　複数の者による共同提案の場合は、構成員全員分を提出するとともに、代表者及び構成員の役割分担についての資料(様式任意)を提出すること。【様式１－３】

**会社概要及び過去の主な受注等実績**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 本店所在地 |  | |
| 県内営業所等所在地 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金 |  | |
| 直近の年間売上高 |  | |
| 従業員数 |  | |
| 業務内容 |  | |
| 会社の特色 |  | |
| 過去の主な同種・類似事業  受注等実績 | 項　目 | 受注事業内容（発注者、受注年、受注内容等） |
|  |  |
|  |  |
| 本申請の窓口となる担当者 | | |
| 部　署：　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：  職　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ：  氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail： | | |

※　既存資料（会社パンフレット等）で同項目が網羅されているものであれば、これに替えることができるものとします。

【様式１－４】

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　達　増　拓　也　様

住　　　　　　所

商号又は名称

印

代表者職・氏名

**プロポーザル参加辞退届**

「社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事業運営業務」に係るプロポーザルについて、参加届出書類を提出しましたが、都合により参加を辞退します。