様式第１号

令和　　年　　月　　日

代表理事　浅田　敏彦　様

住　　　　所

商号及び名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　㊞

**公募型プロポーザル参加表明書**

令和６年４月１０日付で公募された次のプロポーザルに参加を申し込みます。

なお、当該事業における参加資格者の要件を満たしていること及び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　事業名　　有明広域行政事務組合介護認定支援システム整備事業

□連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail

様式第２号

令和　　年　　月　　日

代表理事　浅田　敏彦　様

住　　　　　　所

商号及び名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**有明広域行政事務組合介護認定支援システム整備事業**

**企画提案書**

　有明広域行政事務組合介護認定支援システム整備事業に伴う公募型プロポーザルについて、別紙資料を添えて企画提案書を提出いたします。

（添付書類）

１　活用に係る基本理念・方針

２　事業実施スケジュール（データ移行からシステム実装まで）

３　運営体制

* 運営形態（営業時間、休日など）
* 人員配置（配置職種や人数など）

　４　内容について

* 現行システムからのデジタル化を念頭に置いたビルドアップについて

※上記は添付書類の一例であり、必須ではない。

また、書類の様式については任意とする。

様式第３号

**事業者概要**

１．事業者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 名称・商号 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| 代表者職・氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| 担当者職・氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 業務の概要 | （企業の概要、業務の概要のわかるパンフレット等の添付でも可） |

２．営業所等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　　称 | 所　　　在　　　地 | 電話番号及びＦＡＸ番号 |
| （支店、主たる営業所） |  |  |
| （代理人を置く営業所） |  |  |
|  |  |  |

※記載欄が足りない場合は、追加してください。

様式第４号

令和 　年　　 月 　　日

代表理事　浅田　敏彦 様

住 　　　　　所

商号及び名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**価　格　調　書**

有明広域行政事務組合介護認定支援システム整備事業に伴う公募型プロポーザル実施要項に記載された内容を承諾のうえ、希望価格を下記のとおり提出します。

記

１. 希望価格

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 十億 | 億 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２．内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 十億 | 億 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| システム構築委託料 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| システム保守委託料 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| システム機器購入費 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| システム回線使用料 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 希望価格も契約候補者を選定する際の審査対象となります。
* 金額の頭には「￥」を記入してください。
* 消費税抜き価格を記載してください。契約時に消費税を加算します。
* 現環境を使用する場合システム回線使用料は限度価格を参照してもよい。

様式第５号

令和　　年　　月　　日

代表理事　浅田　敏彦　様

住　　　　　　所

商号及び名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**公募型プロポーザル応募辞退届**

令和　　年　　月　　日付で参加表明を行った次の業務に係る公募型プロポーザルへの応募を辞退します。

　１　事業名　有明広域行政事務組合介護認定支援システム整備事業

□連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail

様式第６号

令和　　年　　月　　日

代表理事　浅田　敏彦　様

住　　　　　　所

商号及び名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**質　問　書**

有明広域行政事務組合介護認定支援システム整備事業に係る公募型プロポーザルについて、次の項目を質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施要領ページ・項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※記載欄が不足する場合は、追加してください。

□連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail