（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**企画提案応募申請書**

地域包括ケアシステム深化・推進支援業務に係る企画提案公募について、公募要領の規定に基づき以下のとおり応募します。

令和　　年　　月　　日

　沖　縄　県　知　事　　殿

　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

会 社 名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

 　　　［連絡担当者］

　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職・氏名

 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail

|  |
| --- |
| **会　社　概　要** |
| 会　社　名 |  |
| 本社所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資　本　金 |  |
| 社　員　数 |  |
| 株式上場の有無 | 有り（　　　部上場）・なし |
| 会社の主要業務 |  |
| パートナーシップ構築宣言の有無 | 　有り ・ なし制度詳細　https://www.biz-partnership.jp/ |
| 沖縄県所得向上応援企業認証の有無 | 有り ・ なし制度詳細　https://www.shotokukojo.okinawa/ |
| 雇用環境改善（人材育成に優れている）、障害者雇用、沖縄県産業雇用拡大県民運動（雇用の創出）又はこれに準ずる取組の推進の有無 | 有り ・ なし　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（様式２）

（様式３）

|  |
| --- |
| **業　務　実　績　調　書**※過去３箇年（令和３年度～令和５年度）の間に、厚生労働省老人保健健康増進等事業の採択実績があり、かつ、国（独立行政法人、公社及び公団を含む。）又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする類似業務の受託実績を過去２箇年（令和４年度～令和５年度）の間に２件以上有し、これらの契約を全て誠実に履行した実績 |
|  | 委託・採択元 | 業務名 | 業務内容 | 金額 | 実施期間 |
| 受託実績（主なもの） |  |  |  | 千円 | 令和　年　月～令和　年　月 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 採択実績（主なもの） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（様式４）

|  |
| --- |
| **業務責任者の経歴及び実績等調書** |
| 業　務　責　任　者 |
| 氏　　　名　 | 生年月日　 |
| 所属・役職　 | 実務経験年数　 |
| 保 有 技 術 者 資 格 |
| 保有資格名称 | 登　録　番　号 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 同　種　業　務　経　歴 |
| 業務名 | 業務概要・業務の技術的特長・当該技術者の担当内容 | 実施期間 |
|  |  | 令和　年　月～令和　年　月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注) 業務履歴を５件まで記入してください。

（様式５）

**誓　約　書**

令和　　年　　月　　日

　沖　縄　県　知　事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

会 社 名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

私は、地域包括ケアシステム深化・推進支援業務に係る企画提案公募要領「４　応募資格」の要件を全て満たしていることを誓約します。

（様式６）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

会 社 名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

地域包括ケアシステム深化・推進支援業務ついて、以下のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質 問 項 目 | 質　問　内　容 |
|  |  |