様式第1号

仕様書等に対する質問書

　　年　　月　　日

　佐賀県健康福祉部長寿社会課サービス指導担当　あて

・委託業務名　令和6年度佐賀県介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業業務（令和　年　月　　日付け公示）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | |  |
| 氏名（法人の場合は会社名） | |  |
| 連絡先 | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項 | | |

様式第2-1号

　参加資格確認申請書（企画コンペ方式）

　年　月　日

収　支　等　命　令　者　　様

（佐賀県健康福祉部長寿社会課長）

所在地

商号又は名称

代表者　職・

下記委託業務の　企画コンペ　に参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の４の規定のいずれにも該当しない者であること、参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委託業務名 | | 令和６年度佐賀県介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業業務委託（令和６年　月　　日付け公示） |
| 本業務実施に係る責任者 | 責任者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

○必要書類（有・無）　※添付書類有の場合、書類名を記入

　□・・・・・

様式第2-2号

団　体　概　要

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 資格・登録等 |  |
| 事業概要 |  |

（注意）

公示２の参加資格に関する事項を確認できるような記載内容とすること。

様式第3-1号

提案書（送付）

・　委託業務名　令和６年度佐賀県介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業業務委託（令和６年　月　　日付け公示）

上記委託業務のための提案書類を別添のとおり提出いたします。

＜提案書類＞

１　提案書（様式第3-1号）

２　提案資料

　□業務実施体制表

□業務の実施方針及び手法

□実施スケジュール（案）

□相談員派遣前・派遣後アンケート（案）

□実績書（様式第3-2号）

　　□見積書

　　年　　月　　日

　佐賀県健康福祉部長寿社会課長　　様

所在地

商号又は名称

代表者　職・

様式第3-2号

実　績　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 受託業務名等 | 発注者 | 契約金額 | 業務年月日 | 概要 |
| 例 | ○○ | ○○県 | 10,000千円 | 始 R3.4.1  至R4.3.31 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

※行数又は項目数が不足する場合は適宜追加してください

（注意）

１　研修事業の主な実績を記入すること。

２　自社・団体で企画・実施した事業の過去５年程度の実績を記載すること。

３　国等（公益財団法人）又は地方公共団体からの受託実績は必ず記入すること。

４　地方公共団体等から補助金等の交付を受けて実施した事業は、業務を受託した実績ではないため上記に含めないこと。

様式第4号

辞退届

年　　　月　　　日

佐賀県健康福祉部長寿社会課長　様

令和６年度佐賀県介護職員等処遇改善加算の取得促進支援事業業務委託に係る企画コンペの参加を辞退します。

　　　　所在地

商号又は名称

代表者　職・

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者職名・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |