様式第１号

平成31年　　月　　日

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル

参加申込書

　　大熊町長　　渡辺　利綱　様

　大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザルに参加申し込みいたします。

　あわせて、大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル実施要領に基づき、一次審査に関する提出書類を提出します。

法人名

住所または所在地

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【担当者連絡先】

　担当者氏名：

担当者所属：

　電話番号：

　ＦＡＸ番号：

　E-mail：

様式第２号

平成31年　　月　　日

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル

誓約書

大熊町長　　渡辺　利綱　様

　　　　法人名

　　　　住所または所在地

　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザルに参加するにあたり、次の事項を遵守することを誓約します。

１　大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル実施要領に定められた要件を満たすこと。

２　本プロポーザルにおいて提出する書類の記載内容については、事実と相違ないこと。

３　大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル実施要領「４　参加資格要件」を満たさなくなった場合は、貴町に対して速やかに報告すること。

様式第３号

平成　　年　　月　　日

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル

事業所実績及び業務従事者関係調書

１．事業所実績

（１－１）法人等概要

（１－２）法人等実績（事業内容等）

①基幹相談支援センター業務の実績（　　あり　　・　　なし　　）ありの場合は②へ

②実施地域と実施期間

　・実施地域　　　（　　　　県　　　　市・区・町・村・地域）

　・実施機関　　　（平成　　年　　月～平成　　年　　月まで（　　年　　ヶ月））

（１－３）指定一般・指定特定相談支援事業者指定情報

　※相談支援事業所の情報を記入してください。

２．業務従事者関係

（２－１）業務従事者情報（相談支援専門員）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 研修終了年月日 |
| 相談支援専門員① |  |  |  |
| 相談支援専門員② |  |  |  |
| 相談支援専門員③ |  |  |  |

【添付書類】添付資料として、以下の書類を添付すること。

□　障がい者相談支援（障がい者ケアマネジメント）従事者養成研修の終了証書の写し（コ

ピ―）

* 従事者全員（事務等も含む）の履歴書

（２－２）業務従事者（相談支援専門員）の主な資格

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 社会福祉士 |
| 精神保健福祉士 | 医師・保健師・看護師 | 介護支援専門員 |
| 相談支援専門員① |  |  | あり　・　なし |
| あり　・　なし | あり　・　なし  （医師・保健師・看護師） | あり　・　なし |
| 相談支援専門員② |  |  | あり　・　なし |
| あり　・　なし | あり　・　なし  （医師・保健師・看護師） | あり　・　なし |
| 相談支援専門員③ |  |  | あり　・　なし |
| あり　・　なし | あり　・　なし  （医師・保健師・看護師） | あり　・　なし |

【添付書類】添付資料として、以下の書類を添付すること。

* 資格について確認できる書類の写し（コピー）を添付すること。

様式第４号

平成30年　　月　　日

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル

質問書

大熊町長　　渡辺　利綱　様

　　（担当：福祉課）

質問者

法人名

　　　　住所または所在地

　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【担当者連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

担当者所属：

　電話番号：

　ＦＡＸ番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

　次のとおり質問があるので提出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問の項目 | 質問の内容 |
|  |  |

* 質問は簡潔かつ具体的に記入すること。
* 記入欄が不足する場合は、欄を拡張して記入のこと。

様式第５号

大熊町障害者基幹相談支援センター業務

技術提案書

（表紙）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

様式第６号

平成31年　　月　　日

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル

守秘義務誓約書

大熊町長　　渡辺　利綱　様

　　　　法人名

　　　　住所または所在地

　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザルに関連して、大熊町（以下「町」という。）より開示を受けた情報について、町から事前に書面による承諾を得ることなく第三者に対して開示または漏洩しないように守秘義務を負うことを誓約します。本誓約書に違反して秘密情報を使用、または第三者に開示もしくは漏洩した場合、町及び第三者に損害が発生したときは、その損害を賠償します。

　ただし、次の事項の場合には守秘義務を負わないこととします。

１　当該情報が、次の各号のいずれかに該当する場合

　（１）開示のときに既に公知であった情報、または既に当法人が保有していた情報

　（２）開示後、当法人の責によらず公知となった情報

　（３）守秘義務を負うことなく、第三者から適法に入手した情報

　（４）当法人が独自に開発した情報

２　本業務の履行のために必要不可欠で、かつ受注者が特定されていない範囲で当該情報を開示する場合

様式第７号

平成31年　　月　　日

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザル

概算見積書

　　　　法人名

　　　　住所または所在地

　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

大熊町障害者基幹相談支援センター業務公募型プロポーザルに係る概算見積書について、各項目について承諾の上、下記の金額を提出します。

（※　下記金額は、取引に係る消費税及び地方消費税の額を除いたものとします。）

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金  額 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |

（税抜、別途消費税）

以上

※　金額は算用数字で記入し、金額の前の枠には「￥」を記入すること。