

(別紙 1 - 1)

令和 8 年 月 日

世田谷区保健福祉政策部
保健福祉政策課長 あて

所 在 地
事業者名
代表者名

参 加 表 明 書

『世田谷版地域包括ケア 10 年振り返り及び世田谷区地域保健医療福祉総合計画中間見直し支援業務委託』のプロポーザルに参加したいので参加資格を満たすことを誓約し、下記関係書類を提出します。

記

1. 提出書類

参加表明書（別紙 1 - 1）※本紙

事業者概要（別紙 1 - 2）

業務実績（別紙 1 - 3）

2. 連絡担当者

所属部署：_____

職・氏名：_____

電話番号：_____

F A X 番号：_____

メールアドレス：_____

(別紙 1 - 2)

事業者概要

項 目	内 容
事 業 所 名	
所 在 地	(〒)
電 話 番 号	— —
F A X 番 号	— —
メールアドレス	
事 業 内 容	

業 務 実 績

世田谷区での主な業務実績(過去5年まで)

(業務名、契約年月、業務内容、委託部課名を記載)

他自治体での計画策定業務実績(過去5年まで※)

(業務名、自治体名、契約年月、業務内容、委託部課名を記載)

※ただし、参加資格要件にある地域包括ケアの推進に関する支援業務実績については、過去10年まで記載してよい。

【記入例】

1. 「●●計画」策定支援業務委託

- (1) 自治体名 ●●県●●市
- (2) 契約年月 平成●●年●●月
- (3) 業務内容 ●●計画の策定に関わる検討委員会資料等作成、及び
運営支援、計画書の作成
- (4) 委託部課名 ●●県●●市●●部●●課

(別紙2)

令和8年 月 日

世田谷区保健福祉政策部
保健福祉政策課長 あて

所在地
事業者名
代表者名

参加辞退書

『世田谷版地域包括ケア10年振り返り及び世田谷区地域保健医療福祉総合計画中間見直し支援業務委託』のプロポーザルに参加表明を行いましたが、下記の理由により辞退いたします。

記

1. 辞退の理由

2. 連絡担当者

所属部署

職・氏名

電話番号

FAX番号

メールアドレス

令和8年 月 日

世田谷区保健福祉政策部保健福祉政策課 あて

質 問 票

『世田谷版地域包括ケア10年振り返り及び世田谷区地域保健医療福祉総合計画中間見直し支援業務委託』のプロポーザルの実施内容等に関する質問をします。

法人名
担当者名
電話番号
FAX番号
メールアドレス

質問項目	質問内容

『世田谷版地域包括ケア 10 年振り返り及び
世田谷区地域保健医療福祉総合計画中間見直し支援業務委託』

提案書 (原本)

事業者名

代表者氏名

『世田谷版地域包括ケア 10 年振り返り及び
世田谷区地域保健医療福祉総合計画中間見直し支援業務委託』

提案書（副本）

※ 提案者が特定される記述または明らかに推察される記述は避けること。