様式第１号

参　加　申　込　書

　　年　　月　　日

長野県健康福祉部介護支援課長　　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　 　㊞

（個人にあっては住所、氏名）

下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、資格要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

１　対象業務名

２　公告日

　　年　　月　　日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

様式第１号の附表

　　年　　月　　日

参加要件具備説明書類総括書

提出者名

１　都道府県税及び地方消費税を滞納していないことが確認できる書類

別紙のとおり（納税証明書（未納の額がないことの証明））

２　社会保険に加入していることが確認できる書類

別紙のとおり　　加入義務有・労働保険

申請日直前の労働保険概算・確定保険料申告書の控え及びこれにより申告した保険料の納入に係る領収済通知書の写し等

・厚生年金保険、健康保険

申請日直前の保険料の納入に係る領収証書又は納入証明書の写し等

加入義務無・賃金台帳、労働者名簿、源泉所得税領収書等のうちいずれかの写し

３　同種又は類似の業務の実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　名 |  |  |  |
| (1) 発注者名 |  |  |  |
| (2) 契約金額 |  |  |  |
| (3) 履行期間 |  |  |  |
| (4) 業務の概要 |  |  |  |

（注）１　会社としての実績とし、記載件数は３件以内とする。

　　　２　実績は、公告の日から過去５年以内に履行した業務を対象とする。

　　　３　上記実績を証する契約書の写しを添付すること。

４　当該業務の実施体制

(1) 責任者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職・氏名 | 生年月日 | 年齢  歳 |
| 職歴等 | | |

(2) 従事者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職・氏名 | 生年月日 | 年齢  歳 |
| 職歴等 | | |

（注）最近の主な業務経歴は、公告の日から過去５年以内に履行した業務を対象とする。