（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）香春町長

申請者

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書

田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託を行う事業者としてプロポーザル方式による選定に参加したいので、必要書類を添えて申請します。

また、事業実施に際し、実施要領の参加資格要件の全てを満たしていること及び提出書類の内容に相違ないことを誓約します。

なお、当該誓約に違反があった場合には、一方的に選定手続きから除外されても異議ありません。

担当者　　　　　役職・氏名

連絡先　　　　　電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

（様式第２号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）香春町長

申請者

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

辞　退　届

　田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託におけるプロポーザル方式による選定の参加を辞退します。

記

１　辞退理由

担当者　　　　　役職・氏名

連絡先　　　　　電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

（様式第３号）

令和６年１１月２２日（金）　午後５時締切

質　問　書

（田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託におけるプロポーザル方式による選定）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 部署名 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 役職・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問 | | |
| 書類名 | ページ | 質問箇所及び質問内容 |
|  |  |  |

（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

業務実施体制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 所属  及び  役職 | 氏名 | 勤務形態 | 経験年数及び備考 | 勤務実績 |
| （例）  専門的職員  福祉関係資格 | （例）  主任 | （例）  日本　太郎 | ■専従・□兼務  ■常勤・□非常勤 | （例）  相談支援専門員７年。社会福祉士。 | （例）  ○○事業所で精神保健福祉士として従事  ○○事業所で相談支援専門員として従事 |
|  |  |  | □専従・□兼務  □常勤・□非常勤 |  |  |
|  |  |  | □専従・□兼務  □常勤・□非常勤 |  |  |
|  |  |  | □専従・□兼務  □常勤・□非常勤 |  |  |
|  |  |  | □専従・□兼務  □常勤・□非常勤 |  |  |
|  |  |  | □専従・□兼務  □常勤・□非常勤 |  |  |
|  |  |  | □専従・□兼務  □常勤・□非常勤 |  |  |

※区分欄の記載方法については専門的職員・事務的職員の別と、別添仕様書「７　業務体制等」に掲げる各資格（主任相談支援専門員・医療的資格・福祉関係資格）について、上下段に分けて記載すること。なお、区分欄に記載した各資格については、経験年数及び備考欄に資格名称を記載すること。

※配置予定にしている者について記入すること。

※配置予定数に対して記入欄が足りない場合は、２枚目以降に記入すること。

（様式第５号）

確　約　書

年　　月　　日

（宛先）香春町長

申請者

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

※本人（代表者）が署名（自署）してください。

田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託のプロポーザル方式による選定に参加申し込みをするに当たり、下記の要件について確約します。

記

1. 令和７年度・令和８年度・令和９年度田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託契約（以下、「本委託契約」という。）締結後に田川地区障がい者基幹相談支援センターに配置する職員について、１名以上が本委託契約締結後から令和８年３月３１日までに主任相談支援専門員の資格を取得します。
2. 上記１．の要件を満たせなかった場合の対応については、令和７年度・令和８年度・令和９年度田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託プロポーザル実施要領に掲げる関係市町村と協議の上定めた内容を履行します。
3. 資格取得予定者については、次の者とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 取得予定者氏名 |  |
| 取得済み資格 |  |
| 初任者研修受講年度 |  |
| 現任者研修受講年度 |  |

※各受講年度については、これまでに受講した全ての研修について記載してください。

※複数名の資格取得予定者がいる場合は、資格取得予定者の人数分提出してください。

（様式第６号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

業　務　実　績

|  |
| --- |
| １．相談支援事業等の運営実績  （過去３年以内の一般相談支援事業、指定特定相談支援事業、指定障がい児相談支援事業について、事業所名、事業概要、指定年月日又は事業開始日を記載） |
| ２．その他障がい福祉サービス等の運営実績（相談業務を除く）  （過去３年以内の障がい者福祉・障がい児事業について、事業所名事業概要、指定年月日又は事業開始日を記載） |

（様式第７号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

過去法人内で発生した虐待事案に関する書類

|  |
| --- |
| １．過去法人内での虐待事案の有無　　有・無  　　（無の場合は３．のみ回答）    ２．発生した概要  ３．虐待防止に向けた取り組み |

（様式第８号）

令和　　年　　月　　日

（宛先）香春町長　様

申請者

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

情報非公開希望申立書

提出した田川地区障がい者基幹相談支援センター事業業務委託プロポーザル方式による選定に係る提出書類一式について、田川地区障がい者基幹相談支援センター関係市町村情報公開条例に基づく開示請求が行われた場合に、今後事業を営むうえで競争上又は事業運営上において支障が生じる部分及びその内容は下記のとおりです。

プロポーザルに係る関係市町村にこの旨を周知いただきますようお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 公開すると支障が出る書類  （書類の頁・箇所等） | 支障が生じる理由・生じる支障の内容 |
|  |  |

（参考様式第１号）

会　社　概　要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 代表者 |  | 創立年 |  |
| 資本金 |  | 従業員数 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 障害福祉事業に対する理念 |  | | |
| 法人等の沿  革及び主な  業務内容等 |  | | |