

(様式1)

年 月 日

質 問 書

「生駒市在宅医療介護推進部会の運営支援及び生駒市入退院調整マニュアル運用状況調査分析業務」について、次の項目を質問いたします。

質 問 項 目	質 問 内 容
商号又は名称	
部署名及び担当者名	
連絡先（TEL・FAX）	

注）記入欄が不足する場合は複写して作成してください。

(様式2)

業務実施体制回答書及び企画提案書提出届

年 月 日

生駒市長

●● ▲▲ 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

業務名 生駒市在宅医療介護推進部会の運営支援及び生駒市入退院調整マニュアル運用状況
調査分析業務

本業務について別添のとおり、業務実施体制各種調書及び企画提案書を提出します。

(様式3)

会 社 概 要		
会 社 名		
本 社 所 在 地		
委 任 先 所 在 地		
会 社 設 立 年 月		
資 本 金		
事 業 所 数		
株 式 上 場 の 有 無	有り (部上場)・なし	
社 員 数	技 術 系	名
	事 務 系	名
	合 計	名
その他 (〇〇)		

注) 令和6年4月1日時点で記入してください。

(様式4)

技 術 者 の 概 要			
専 門 分 野	社 員 数	う ち 有 資 格 者 数	
		資 格 名	人 数
〇〇	名		
そ の 他	名		
合 計	名	名	
注 1) 令和6年4月1日時点で記入してください。 注 2) 1人の職員が2以上の専門分野に従事する場合は、主たる専門分野のみ記入し、重複させないこと。			

(様式5)

業 務 実 績 調 書 (過去5年間の5件の実績を記入してください。)			
業 務 名	発 注 者	業 務 内 容	実 施 期 間
			年 月～ 年 月
注1) 業務内容は、主になる業務内容を記入してください。 注2) 記入欄が不足する場合は複写して作成してください。			

(様式6)

担 当 技 術 者 調 書			
分 類	予定技術者氏名	所属・役職	保有技術資格名称
技術責任者			
担当者			

注 1) 氏名にはふりがなをつけてください。

注 2) 所属・役職については、提案書の提出者以外の企業等に所属する場合は、企業名等も記述してください。

注 3) 様式 7 に経歴及び実績等についても記入してください。

(様式7)

技術責任者の経歴及び実績等調書			
技 術 責 任 者			
氏 名		生 年 月 日	
所属・役職		実務経験年数	
保 有 技 術 者 資 格			
保有資格名称	登 録 番 号	取得年月日	
同 種 業 務 経 歴			
業務名称	業務概要・業務の技術的特長・当該技術者の担当内容	発注者	実施期間
			年 月 ～ 年 月

注) 業務履歴を5件まで記入してください。

(様式8)

再委託調書		
分担業務の内容	再委託先又は協力先	理由（企業の技術的特徴）

注）他の企業等に当該業務の一部について再委託を実施する場合にのみ記入すること。
ただし、業務の主たる部分を再委託してはならない。