（様式第１号）

参加表明書

令和　　年　　月　　日

 氷見市長　あて

所在地

名　称

代表者職・氏名

　ケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり業務に係るプロポーザルに参加を表明します。なお、ケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり業務公募型プロポーザル実施要領に規定する資格要件を満たしていることを誓約します。

（様式第２号）

事業者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 従業員数 |  |
| 主な事業内容 |  |
| 同種・類似業務の実績 |  |

（様式第３号）

質　問　書

令和　　年　　月　　日

 氷見市長　あて

所在地

名　称

代表者職・氏名

　ケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり業務に係るプロポーザルについて、次のとおり質問します。

|  |
| --- |
| 質問事項 |

（担当）部署名

　　　　担当者氏名

　　　　電話番号

　　　　メールアドレス