（様式２）

参加申込事業者の概要

令和　　年　月　日

住所

事業者名

代表者職氏名

【参加申込事業者の概要】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 設立年月日 |  | | 資本金 |  |
| 主な事業 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 職員数 | 保健福祉に関する免許資格職 | 事務職 | その他の職員  （　　　　　） | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |

【本業務の担当を予定している部署】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 |  | | | | |
| 名称 |  | | 代表者氏名 | |  |
| 連絡担当者 |  | | 所属部署 | |  |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 | |  |
| 電子メールアドレス |  | | | | |
| 職員数 | 保健福祉に関する免許資格職 | 事務職 | | その他の職員  （　　　　　） | 合計 |
| 人 | 人 | | 人 | 人 |

【過去の業務実績】

過去５年間において国・地方公共団体又は民間事業者との間で契約・履行した類似・関連業務の実績を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約名 | 発注者 | 受託年度 | 事業費（千円） | 業務概要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |