

様式 1

家事参画・育休支援業務に係る質問書

令和 年 月 日

質問者

事業者・団体名	
担 当 者 部署・職・氏名	
電 話 番 号	
メールアドレス	

質問内容

【提出先】

電話:089-912-2332

FAX:089-912-2409

E-mail:shoushikadanjo@pref.ehime.lg.jp

愛媛県保健福祉部生きがい推進局

子育て支援課少子化対策・男女参画室

活躍推進グループ

※送付した旨の電話連絡をお願いします。

様式 2

家事参画・育休支援業務の公募型プロポーザル参加申請書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

家事参画・育休支援業務に係る公募型プロポーザルに参加します。

所在地	〒
事業者・団体名	フリガナ
代表者 職・氏名	フリガナ
電話番号	
FAX番号	
担当者 部署・職・氏名	フリガナ
メールアドレス	

【提出先】
電話:089-912-2332
FAX:089-912-2409
E-mail:shoushikadanjo@pref.ehime.lg.jp
愛媛県保健福祉部生きがい推進局
子育て支援課少子化対策・男女参画室
活躍推進グループ
※送付した旨の電話連絡をお願いします。

様式2-1 (コンソーシアム用)

※コンソーシアムで参加する場合のみ添付してください。

家事参画・育休支援業務の公募型プロポーザル参加申請書 (コンソーシアム)

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

【代表事業者】
所在地
事業者・団体名
代表者
職 氏 名

担当者 部署・職・氏名
電話番号
FAX 番号
メールアドレス

家事参画・育休支援業務に係る公募型プロポーザルに下記の企業と共同で参加します。

コンソーシアムの名称

【構成事業者】

所在地	
事業者・団体名	
代表者 職・氏名	
担当者 部署・職・氏名 電話番号・FAX 番号・メールアドレス	

所在地	
事業者・団体名	
代表者 職・氏名	
担当者 部署・職・氏名 電話番号・FAX 番号・メールアドレス	

※表が足りない場合は適宜追加して記載すること。

様式 3

家事参画・育休支援業務の公募型プロポーザル参加申請にかかる誓約書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所 在 地

事業者・団体名

代 表 者
職 ・ 氏 名

㊞

家事参画・育休支援業務に係る応募資格を満たしていることを誓約します。
また、弊社が受託候補者として選定された場合は、人員の確保等を行い、責任を持って当該業務を実施することを誓約いたします。

※コンソーシアムで公募型プロポーザルに参加する場合は、全ての構成員が作成すること。

委 任 状

令和 年 月 日

【構成事業者】

所 在 地
事業者・団体名
代 表 者
職 ・ 氏 名

印

家事参画・育休支援業務の公募型プロポーザルに参加するにあたり、次の企業を代表事業者として、一切の権限を委任します。

【代表事業者】

所在地	
事業者・団体名	
代表者 職・氏名	

様式 4

家事参画・育休支援業務企画提案書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

家事参画・育休支援業務について、企画提案書を提出します。

申請者

所 在 地

事業者・団体名

代 表 者
職 ・ 氏 名

作成者

担 当 部 署

職 ・ 氏 名

電 話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス

※企画提案書には、事業の実施方針、工程表、実施体制、見積書（様式任意）を添付のこと

家事参画・育休支援業務会社概要

名称	
代表者 (職・氏名)	
所在地	
資本金	
設立年月日	
従業員数	
【事業内容】	
【過去の実績】	

《参考様式2》

家事参画・育休支援業務に係る企画提案辞退届

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所 在 地

事業者・団体名

代 表 者
職 ・ 氏 名

⑨

家事参画・育休支援業務に係る企画提案(プロポーザル)への応募を辞退します。

担 当 部 署

職 ・ 氏 名

電 話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス

《参考様式3》

家事参画・育休支援業務に係る企画提案の取り下げ願

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所 在 地

事業者・団体名

代 表 者
職 ・ 氏 名

⑩

家事参画・育休支援業務に係る企画提案書を提出しましたが、都合により取り下げます。

担 当 部 署

職 ・ 氏 名

電 話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス