様式第２号

法人等の概要

令和　　年　　月　　日

（１）本企画提案に係る業者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  会社名 |  | | |
| ふりがな  代表者名  （職・氏名） |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 資本金 | 千円 | | |
| 従業員数 | 人 | | |
| 設立年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |

（２）法人等の実績

※第８期及び第９期において、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務の受託実績と委託者（市区町村名を１０件まで）記載する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業計画期 | 受託者件数 | 委託者（市区町村名） | |
| 第　 ８　期 | 件 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第　９　期 | 件 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（３）本企画提案に係る連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  担当者氏名 |  | | |
| 担当者所属部署 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  | | |

（４）その他

|  |
| --- |
| ・当該事業者の概要、取得した品質管理等の国際規格　など |

（ページが足りない場合は、適宜複製のこと。ただし、できる限り簡潔に表現すること。）