

様式第 1 号

令和 年 月 日

島田市障害者計画担当

質 問 表

『令和 4 年度島田市障害者計画策定業務委託』のプロポーザルの実施内容等に関する質問をします。

法人名
担当者名
電話番号
F A X 番号
メールアドレス

質問項目	質問内容

様式第2号

令和 年 月 日

島田市長

所在地

事業者名

代表者名

参加申込書

『令和4年度島田市障害者計画策定業務委託』に係るプロポーザルに参加を
申込みます。

なお、実施要領に記載された参加条件を全て満たすことを申し添えます。

連絡担当者

所属部署

職・氏名

電話番号

FAX番号

メールアドレス

様式第3号

『令和4年度島田市障害者計画策定業務委託』
提案書

事業者名

代表者氏名

様式第4号

会社概要書

項目	内容
商号又は名称	
代表者名	
本社所在地	
電話番号	
FAX番号	
設立年月日	
資本金	
前年度売上額	
従業員数	
事業内容	

支店・営業所等の概要（担当者の所属）	
支店等の名称	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

※会社の概要パンフレット等も添付してください。

様式第5号

業務経歴書

島田市での主な業務実績

業務名	契約年度	業務概要・金額	発注部署

他自治体での計画策定業務実績

業務名	契約年度	業務概要・金額	自治体名・部署

同種業務（障害者計画や障害福祉計画等の策定支援やニーズ調査）の契約実績を優先して記載すること