光市障害者総合相談支援事業委託に係る

公募型プロポーザル　様式集

令和４年１０月

山口県光市

様式第１号

　　年　　月　　日

　光市長　市　川　　　熙　　様

住　　　所

法　人　名

代表者氏名

参加表明書

　光市障害者総合相談支援事業委託に係る公募型プロポーザル実施要項に基づく選定に参加することを表明します。

　なお、記載した事項については、事実と相違ないこと、また、応募事業者の制限事項には抵触していないことを誓約いたします。

記

１　添付書類

（１）法人概要調書（様式第２号）

（２）登記事項全部証明書

（３）法人単体の決算報告書、貸借対照表及び損益計算書（直近３事業年分）

（４）納税証明書（国税、県税及び市町村民税）

様式第２号

法人概要調書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 代表者名 |  |
| 法人本社所在地 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | 担当者氏名 |  |
| ホームページ |  |
| 法人設立年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 運営事業概要 | サービス種別 | 事業開始時期 |
| 障害福祉分野 |  |  |
| その他分野 |  |  |
| 法人全体の従業員数 | ①正規従業員数（正規社員数） | 人 |
| 　うち社会福祉士数 | 人 |
| 　うち精神保健福祉士数 | 人 |
| 　うち保健師数 | 人 |
| ②臨時・パート従業員数（非正規社員数） | 人 |
| ③従業員総数（①＋②） | 人 |
| 特定相談支援事業所 | 委託事業所を実施しようとする事業所の名称及び所在地 |  |
| 相談員数（委託事業開始時の見込で可） | 人 |
| 相談員の資格取得状況※複数取得している場合は上段の資格から優先して記入してください。 | 社会福祉士　　　　　人　（うち計画相談員あり　　　人）精神保健福祉士　　　　　人　（うち計画相談員あり　　　人）保健師　　　　　人　（うち計画相談員あり　　　人）計画相談員のみ　　　　　人 |
| 委託事業を実施しようとする事業所以外に特定相談支援事業所がある場合その名称及び所在地 |  |