（様式１）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

提出者　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　令和５年度千葉市認知症介護実践者等養成研修事業業務委託企画提案に係る下記の質問について回答願います。

記

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
| 項目：  内容： |

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

（様式２）

**企画提案参加申込書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

　「令和５年度千葉市認知症介護実践者等養成研修事業業務委託」の事業者募集に応募したいので、資料を添えて申し込みます。

１　申込者

　　住所（所在地）

　　（〒　　　－　　　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当部署

担当者職名及び氏名

電話番号

FAX番号

E-mail：

２　添付書類

　（１）「誓約書」（様式３）

　（２）企業概要の分かる資料（パンフレット可）

　（３）介護従事者向けの研修、もしくは認知症を含む高齢者支援に関する研修への参画実績が分かる書類（過去５年以内のものに限る）

　（４）申込者の宛先を記載した受理票返信用封筒（郵送で提出の場合のみ。）

※以下記載不要

**受　理　票**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

「令和５年度千葉市認知症介護実践者等養成研修事業業務委託」の参加申込書を受領いたしました。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 受付時刻 | 時　　分 |

千葉市保健福祉局健康福祉部

地域包括ケア推進課

千葉市中央区千葉港１番１号

電話(043)245-5267　内線2803

（様式３）

**誓　約　書**

令和　　年　　月　　日

千葉市長　　神谷　俊一　　様

１　申込者

　　住所（所在地）

　　（〒　　　－　　　　）

商号又は名称及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

千葉市が実施する「令和５年度千葉市認知症介護実践者等養成研修事業業務委託」の公募申込を行うにあたり、令和５年度千葉市認知症介護実践者等養成研修事業業務委託企画提案実施要領に定める参加資格要件をすべて満たしていること及び提出書類の内容について事実に相違ないことを誓約します。

（様式４）

令和５年度千葉市認知症介護実践者等養成研修事業

企画提案提出資料

令和　　年　　月　　日

商号又は名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　 ◎提出資料

企画提案書（正本）　　　　　　　　　　１部

企画提案書（副本）　　　　　　　　　　7部