様式第１号－１

公募型プロポーザル参加資格確認申請書

　　令和６年　　月　　日

広島県知事　様

所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

令和６年10月15日付けで公告のあった次の公募型プロポーザルに参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の４の規定のいずれにも該当しない者であること、公募型プロポーザル参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

１　業務名：令和６年度広島県地域包括ケア理解促進事業業務

２　添付書類（　有　・　無　）

　　添付書類有の場合、書類名を記入

|  |
| --- |
|  |

様式第１号－２

会社概要説明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会 社 名 |  | |
| 代表者職・氏名 |  | |
| 所 在 地 | 本　　　社 | 〒  住所  電話番号 |
| 県内支社等  (あれば記入) | 〒  住所  電話番号 |
| 設立年月日 | 年　月　日(県内支社等の設立年月日　　　　年　月　日) | |
| 資 本 金 |  | |
| 従業員数 | 人(県内支社等の従業員数　　　　　人) | |
| 認証取得状況 |  | |
| 業務内容 |  | |
| 会社の特色 |  | |
| ホームページ |  | |