

(様式1)

説明会参加申込書

年 月 日

函館市長 大泉 潤 あて

函館市介護予防教室事業実施業務プロポーザル説明会にかかる参加申込書を提出します。

1 法人名等

所在地	
商号又は名称	
電話番号	
メールアドレス	

2 当日参加予定者（1名のみ）

役職	氏名

(様式2)

質 問 書

年 月 日

函館市長 大泉 潤 あて

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

業務名 函館市介護予防教室事業実施業務

以下の事項につき質問いたします。

【質問事項】

--

担当者役職・氏名	
連絡先	電話：
	FAX：
	E-mail：

誓約書

年 月 日

函館市長 大泉 潤 あて

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

函館市介護予防教室事業実施業務に係るプロポーザルへの参加において、以下のことを誓約します。

- 1 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4第1項の規定に該当しないこと。
- 2 函館市競争入札参加有資格業者指名停止措置要綱（平成5年4月1日施行）による指名停止を受けていないこと。
- 3 函館市暴力団等排除措置要綱（平成23年9月30日施行）による入札参加除外措置を受けていないこと。
- 4 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者または民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者（会社更生法にあっては更生手続開始の決定、民事再生法にあっては再生手続開始の決定を受けている者を除く。）でないこと等、経営状態が著しく不健全であると認められる者でないこと。
- 5 函館市の市税または消費税および地方消費税を滞納している者でないこと。

企 画 提 案 書

年 月 日

函館市長 大泉 潤 あて

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

業務名 函館市介護予防教室事業実施業務

1 教室名 (いずれかにチェック)

- 転倒骨折・認知機能低下予防教室
- マシントレーニング教室

2 受託可能コース数

- ・ 1期, 2期ともに1コース以上実施可能であること。
- ・ 2コース以上受託する場合もプログラムの内容は同一とする。

1期	2期
コース	コース

3 受託した場合の実施曜日・時間・会場 (予定)

- ・ 受託可能コース数に応じて記載すること。3コース以上の場合はセルを追加。

【1期】

	曜日	時間	会場名	住所
1				
2				

【2期】

	曜日	時間	会場名	住所
1				
2				

担当者役職・氏名	
連絡先	電話 :
	FAX :
	E-mail :

(様式 5 別紙)

1 函館市介護予防教室事業実施業務の受託を希望する理由

--

2 プログラムの内容および特色

--

下記枠内に2にかかる写真を添付してください（最大8枚まで）。

3 各回の内容・所要時間

回	内容・所要時間					
例	講話 10分	ストレッチ 10分	はこだて体操 20分	〇〇運動 30分	△△トレーニング 10分	ストレッチ 10分
1	分	分	分	分	分	分
2	分	分	分	分	分	分
3	分	分	分	分	分	分
4	分	分	分	分	分	分
5	分	分	分	分	分	分
6	分	分	分	分	分	分
7	分	分	分	分	分	分
8	分	分	分	分	分	分
9	分	分	分	分	分	分
10	分	分	分	分	分	分
11	分	分	分	分	分	分
12	分	分	分	分	分	分
13	分	分	分	分	分	分
14	分	分	分	分	分	分
15	分	分	分	分	分	分

4 参加者が自宅等で運動等を継続するためのプログラムおよび配布資料の工夫点

※配布資料（案）を添付すること

--

5 指導者・従事者等配置計画

※ 1人ごとに記載，3名以上の場合は，適宜，記載欄を追加すること

職種・資格	
経歴	

職種・資格	
経歴	

6 安全管理体制等について（安全マニュアル等を作成している場合は添付すること）

(1) 事故防止や発生時およびその後の対応について

--

(2) 個人情報保護について

--

(3) 感染症予防対策について

--

7 高齢者の介護予防事業や市内での運動教室などの実績

--