

様式第1号

令和 年 月 日

(あて先) 池田市長

所在地

法人名

代表者名

参加表明書

池田市地域包括支援センター業務および池田市認知症初期集中支援推進業務の受託を希望する法人として、池田市地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザルに参加します。

なお、参加にあたり、池田市地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザル実施要領を遵守します。

1 応募する地域

応募圏域 (①～⑤の番号で記載)	
事務所設置予定場所	〒 池田市
管理者予定者職氏名	

2 担当者連絡先

法人名		
担当者		
連絡先	住所	〒
	電話	
	FAX	
	E-mail	

様式第2号

令和 年 月 日

誓 約 書

(あて先) 池田市長

(応募法人)

所在地

法人名

代表者名

池田市地域包括支援センター業務受託事業者の応募を行うにあたり、池田市地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザル実施要領に定める応募資格の要件をすべて満たしていること及び応募書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

また、受託候補者として選定を受けた後、辞退したことにより池田市が損害を受けたときは、その損害を賠償いたします。

様式第3号

法人に関する事項

応募法人の概要

法人名	
法人所在地	
代表者職氏名	
設立年月日	
資本金（基本財産）	
従業員・従事者数	
法人の運営方針等 （次の内容を記入すること） ①法人の理念・運営方針・構成 ②市内における介護保険事業に関する実績 ③高齢者福祉に関する事業や、社会貢献を目的とした事業の実績（ある場合） ④市内・外問わず、地域包括支援センターの運営実績（ある場合）	

※複数ページにわたっても可

様式第 4 号

地域包括支援センター運営方針・事業計画に関する事項

各項目について、受託後にどう取り組むか、貴法人の考え方を記載すること

(1)総合相談事業
(2)権利擁護事業
(3)包括的・継続的ケアマネジメント支援事業
(4)介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
(5)地域包括支援センターの周知について
(6)苦情対応体制について
(7)個人情報保護・管理について
(8)休日・夜間の対応について
(9)応募圏域に対する認識・見解について
(10)地域との連携について

※複数ページにわたっても可

職員配置計画書

法人名	
応募圏域 (①～⑤の番号で記載)	
管理者予定者 氏名 (職名)	()
配置予定人数 ※管理者予定者を除く	人

1 職員配置予定者

(1)保健師等

配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [□→■で選択すること]						
配置 予定者 1	氏名						
	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月 日】 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。					
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">期間</th> <th style="width: 50%;">職務内容</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> </table>	期間	職務内容	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	期間	職務内容					
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
職歴							
配置 予定者 2	氏名						
	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月 日】 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。					
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">期間</th> <th style="width: 50%;">職務内容</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> </table>	期間	職務内容	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	期間	職務内容					
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
職歴							

(2)社会福祉士等

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [□→■で選択すること]													
配置 予定者 1	氏名														
	職種	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月 日】 社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。													
		職歴	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td colspan="2">期間</td> <td>職務内容</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月～</td> <td>年</td> <td>月</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月～</td> <td>年</td> <td>月</td> <td></td> </tr> </table>	期間		職務内容	年	月～	年	月		年	月～	年	月
	期間		職務内容												
年	月～	年	月												
年	月～	年	月												
配置 予定者 2	氏名														
配置 予定者 2	職種	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月 日】 社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。													
		職歴	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td colspan="2">期間</td> <td>職務内容</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月～</td> <td>年</td> <td>月</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月～</td> <td>年</td> <td>月</td> <td></td> </tr> </table>	期間		職務内容	年	月～	年	月		年	月～	年	月
期間		職務内容													
年	月～	年	月												
年	月～	年	月												

(3)主任介護支援専門員等

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾有 <input type="checkbox"/> 募集予定 [□→■で選択すること]	
配置 予定者 1	氏名		
	職種	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月】	
		主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。	
	職歴	期間	職務内容
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
配置 予定者 2	氏名		
	職種	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月】	
		主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。	
	職歴	期間	職務内容
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

(4)その他職員

配置予定		<input type="checkbox"/> 配置予定あり <input type="checkbox"/> 配置予定なし [<input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> で選択すること]
配置 予定 者 1	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 2	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 3	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	資格	

(留意事項)

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

「職歴」は、現職を含めて過去2箇所分の職務履歴を記入してください。

2 職員の資質の向上について

*職員の研修計画等、資質の向上に向けた取組について記載のこと。

※複数ページにわたっても可

(4)相談室の設置内容

面積	m ²
設置状況	<input type="checkbox"/> 個室（独立利用） <input type="checkbox"/> 事務所と共有
	事務室と共有する場合、相談室の仕切り方法を記入すること。

(5)事務所平面図

・事務所の平面図は、主なレイアウト（職員の机や書庫の配置予定など）を記入するとともに、建物入口からの部分と事務室、相談室を含めて記入すること。

・縦記載又は横記載でも可とする。なお、A4サイズ又は折りたたみでA4サイズに収まる場合は別紙添付でも可。なお別紙添付の場合には添付する用紙に「5 事務所平面図」と記載すること。

(6)設置のスケジュールについて

*事務所設置に向けたスケジュールについて具体的に記載のこと。

※複数ページにわたっても可

質問書

池田市地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザルに関して、次のとおり質問書を提出します。

法人名	
所在地	
部署	
質問者氏名	
連絡先	TEL : FAX : Email :

質問事項 (タイトル)	
公募要項での対応部分	ページ : 該当箇所 :

質問内容	
------	--

※複数ページにわたっても可