年　　月　　日

様式１

（宛先）大田区長

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

大田区被保護者健康管理支援事業業務委託プロポーザル応募について

「大田区被保護者健康管理支援事業業務委託」プロポーザルについて、下記の書類を提出し、応募します。

なお、本書記載事項が事実と相違ないこと及び当方が参加資格要件を満たしていることを誓約します。

記

１　応募者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 所属部署名 |  |
| 連絡先 | 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

２　提出書類

（１）法人概要（様式２）

（２）被保護者健康管理支援事業等官公庁受託実績書（様式３）

（３）運営取組及び教育・研修について（様式４）

（４）個人情報保護について（様式５）

（５）危機管理体制について（様式６）

（６）被保護者健康管理支援事業の内容について（様式７）

（７）経費見積書（様式８）

（８）登記簿謄本、各納税証明書