

様式第1号

千葉県介護の未来案内人ワークショップ事業企画提案応募申込書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

住 所

名 称

代表者名

⑩

担当者

TEL

FAX

メール

千葉県介護の未来案内人ワークショップ事業について、下記のとおり関係書類を添付して応募します。

記

- 1 企画提案書（様式第2号）
- 2 団体に関する概要及び実績書（様式第3号）
- 3 団体目的等についての確認書（様式第4号）
- 4 業務経費見積書（様式第5号）

※ 定款又は寄附行為あるいはこれに相当するものを添付すること。

様式第2号

「千葉県介護の未来案内人ワークショップ事業」 企画提案書

団体名 _____

1 企画のコンセプト

--

2 介護人材不足の現状について

※介護人材不足について、現状及び課題をどのように認識しているか。

--

3 事業の構成概要

(1) 介護職の魅力等を体験するためのワークショッププログラムの作成・開発業務

--

(2) 介護職の魅力等を体験するワークショッププログラムの実施

--

(3) 案内人への交通費、報酬等の支払い業務

(4) その他独自提案等

4 期待される効果

5 業務実施体制

※事業に関わる人員・体制について御記入ください。

6 類似事業の実績

※過去３年間に於いて、介護職の理解促進や魅力発信に係る事業やワークショップ
プログラムの作成・開発、実施に関する事業の実績があれば御記入ください。

(注１) 適宜、欄の高さを調整すること。

(注２) 欄が不足する場合は、複数ページにして記入する。

様式第3号

団体に関する概要

団 体 名	
代 表 者 役 職 ・ 氏 名	
本 社 所 在 地	
千葉県内支店等 (名称、所在地、規模等)	
設 立 年 月 日	
資 本 金	
年 間 売 上 額	
従 業 員 数	
事 業 内 容 ・ 全体の事業 ・ 広報事業 ・ 自信のある分野	
団 体 の 財 政 規 模	前々年度 決算 収入 円 / 支出 円
	前 年 度 決算 収入 円 / 支出 円
	今 年 度 予算 収入 円 / 支出 円

令和 年 月 日

団体目的等についての確認書

団 体 名

代表者名

⑩

当該団体は、下記の事項に全て該当することを確認しました。

記

- 1 宗教活動や政治活動を主たる目的とした団体でないこと。
- 2 特定の公職者（候補者を含む）又は政党を推薦、支持、反対することを目的とした団体でないこと。
- 3 暴力団でないこと及び暴力団若しくは暴力団員の統制下にある団体でないこと。

（注） 契約締結後、本確認書の内容と違う実態が判明した場合は、委託契約を解除し、すでに支払った委託費の返還を求められます。

業務経費見積書

(単位：円)

項目	費用	積算内訳	備考
小 計 (A)			
消費税 (B)			
合 計 (A + B)			

(注 1) 仕様書の業務内容及び企画提案の内容を実施するために必要なすべての費用を算定する。

(注 2) 費用欄には項目ごとの費用（積算内訳の合計額）を記入する。

(注 3) 積算内訳欄には各項目を積算した内訳の内容と金額を記入し、積算根拠等を備考に記入する。

(注 4) 欄が不足する場合は、複数ページにして記入する。

様式第6号

令和 年 月 日

千葉県知事

様

提出者 団 体 名 _____
代表者氏名 _____
質問者氏名 _____
電 話 番 号 _____
F A X 番 号 _____

質 問 書

「千葉県介護の未来案内人ワークショップ事業」に係るプロポーザルについて、下記のとおり質問します。

質問No	項 目	質 問 内 容

提出先

千葉県健康福祉部健康福祉指導課
福祉人材確保対策室

電話：043-223-4715

FAX：043-222-6294

E-mail：ksjinzai@mz.pref.chiba.lg.jp

(注) 欄が不足する場合は、複数ページにして記入する。