（様式第２号）

　年　月　日

東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業

通所型短期集中予防サービス業務委託事業者選考に係る公募型プロポーザル

事 業 者 概 要 書

〈提案事業者の概要〉

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  事業者名　（法人名）  　　　　　　（代表者名） | | | | | |
| 所在地  〒　　　－ | | | | | |
| 電話番号 |  | | 設立時期 |  | |
| FAX番号 |  | | 資本金 |  | |
| Eメールアドレス |  | | 従業員数 |  | |
| 過去３年間の  売上高（千円） | （　　年） | （　　年） | | | （　　年） |
| 主な業務内容 | | | | | |

〈実施責任者及び業務担当者〉

　○実施責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 役　　　　職 | 経験年数 | 主な業務経歴 |
|  |  |  |  |

○業務担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 役　　　　職 | 経験年数 | 主な業務履歴 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　※必要に応じ、欄を適宜追加すること