（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