

様式 1

豊川市住民主体の通いの場フォローアップ教室業務委託実施事業者応募申請書兼誓約書

年 月 日

豊川市長 様

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名
 電話番号

豊川市住民主体の通いの場フォローアップ教室業務委託に関する募集要項の趣旨を理解し、下記のとおり応募します。

なお、募集要項に定める応募資格要件を全て満たすことを誓約するとともに、豊川市が必要と認める場合には、その内容に関して関係機関に照会することを承諾します。

記

応募団体	団体名 (法人名)			
	団体区分	社会福祉法人 医療法人 株式会社 特定非営利活動法人 その他 ()		
	所在地	〒		
	設立年月日	年 月 日	従業員数	人
	主な業務内容			
	担当部署			
	担当者氏名			
	連絡先	TEL: E-mail:	FAX:	

様式 2

豊川市住民主体の通いの場フォローアップ教室実施事業者応募内容確認書

1. 介護予防の取組実績

(1) 過去に行った介護予防の取組実績

--

2. 実施体制等

(1) 従事予定者

氏 名	資 格

※未定の場合は、予定している資格・経験について記載

※必要に応じて枠を追加すること

(2) 実施可能時間・曜日

--

※月曜日から金曜日の9時から17時の時間帯で可能な時間・曜日について記載

(2) 傷害保険

加入予定 ・ 事業者として既加入の保険を適用 ・ その他 ()
