

(様式第 1 号)

参 加 表 明 書

年 月 日

第 7 2 回精神保健福祉全国大会実行委員会
会長 藤井 喜臣 様

所在地

商号又は名称（共同事業体にあつてはその名称）

代表者職氏名

電 話

ファクシミリ

電子メール

担当者職氏名

第 7 2 回精神保健福祉全国大会業務委託に係るプロポーザルに参加を希望します。

なお、当該業務に係る参加資格の要件に該当すること、並びに本書及びその他書類の記載内容は事実と相違ないことを誓約します。

＜共同事業体にあつては、全ての構成員の商号又は名称及び所在地並びに代表者職氏名を以下に示すこと。＞

提出期限 令和 7 年 5 月 2 3 日（金）午後 5 時 1 5 分まで

(様式第 2 号)

事業者概要及び事業実績

年 月 日現在

【事業者概要】

事業者の概要	商号又は名称	
	代表者職氏名	
	本社所在地	
	電話番号・FAX	
	設立年月日	
	資本金	
	従業員数（人）	
	事業者概要 特記事項	
	鳥取県内の支社等 の名称・所在地	

本業務取扱予定支店等の概要

業務取扱 支店等の概要	支店等名称	
	支店等代表者職氏名	
	支店等所在地	
	電話番号・FAX	
	開設年月日	
	従業員数（人）	

※事業者概要の分かるパンフレット等があれば添付すること。

※従業員数は、参加表明書提出時の現員を記入すること。

※共同事業体の場合、構成員全ての企業についての事業者概要及び事業実績を提出すること。

【事業実績】

平成31（令和元）年度以降に受託した類似業務について、主なものを記載してください。

実施年度	
業務名	
発注者	
業務概要・期間	
契約金額	

実施年度	
業務名	
発注者	
業務概要・期間	
契約金額	

実施年度	
業務名	
発注者	
業務概要・期間	
契約金額	

※個々の事業の内容が確認できる成果物等があれば、写し等を添付すること。

※欄が不足する場合には複写して記入すること。

3 担当者

所属・役職		連絡先	電 話
氏 名			ファクシミリ

(様式第 3 - 1 号)

企 画 提 案 書

年 月 日

第 7 2 回精神保健福祉全国大会実行委員会

会長 藤井 喜臣 様

第 7 2 回精神保健福祉全国大会業務委託に係るプロポーザルについて、企画提案書
及び添付書類を別添のとおり提出します。

事業者所在地

商号又は名称

代表者職氏名

【連絡先】

担当者所属・氏名 _____ 電話番号 _____

ファクシミリ番号 _____

電子メール _____

(様式第 3 - 2 号)

企 画 提 案 書

年 月 日

第 7 2 回精神保健福祉全国大会実行委員会

会長 藤井 喜臣 様

第 7 2 回精神保健福祉全国大会業務委託に係るプロポーザルについて、企画提案書
及び添付書類を別添のとおり提出します。

共同事業体名

(代表者) 住 所

商号又は名称

代表者職氏名

(構成員) 住 所

商号又は名称

代表者職氏名

(構成員) 住 所

商号又は名称

代表者職氏名

【連絡先】

担当者所属・氏名 _____ 電話番号 _____

ファクシミリ番号 _____

電子メール _____

(様式第 4 号)

障がい者就労系事業所への発注見積り

年 月 日

第 7 2 回精神保健福祉全国大会実行委員会

会長 藤井 喜臣 様

品 名	数 量	単 価	金 額	発 注 予 定 先
小 計				
消 費 税				
合 計				

【連絡先】

担当者所属・氏名 _____ 電話番号 _____

ファクシミリ番号 _____

電子メール _____