

第 号
年 月 日

様

長久手市長

参加資格要件確認結果通知書

先に申込みのありました、公募型プロポーザルの参加資格要件確認結果について、次のとおり通知します。

記

1 業務名

第 10 期高齢者福祉・介護保険事業計画策定及び令和 7 年度介護予防実態把握調査補助業務

2 結果

参加資格を有することを認めます。

3 企画提案書の提出依頼

公募型プロポーザル実施要領第 7 の企画提案書作成要領に基づき、企画提案書を作成し、次のとおり企画提案書を提出してください。

(1) 提出期限 令和 7 年 6 月 24 日 (火) 午後 5 時 (必着)

(2) 提出場所 長久手市福祉部長寿課介護保険係

(3) 提出方法 持参または郵送によること。

(4) 提出部数 8 部

4 ヒアリング等の実施日時及び場所について

実施日時及び場所は、次のとおりとします。

(1) 実施日

(2) 実施時間

(3) 実施場所

5 その他

企画提案者が 4 者以上の場合、企画提案書の審査を事前に行い、選定された者についてのみヒアリング等を行います。選定されなかった者については、その旨書面にて通知しますので予めご了承ください。

(問合先 長久手市福祉部長寿課介護保険係 担当岩田・右田

TEL 0561-56-0613 (ダイヤルイン) FAX 0561-63-2940)

第 号
年 月 日

様

長久手市長

参加資格要件確認結果通知書

先に申込みのありました、公募型プロポーザルの参加資格要件確認結果について、次のとおり通知します。

記

1 業務名

第 10 期高齢者福祉・介護保険事業計画策定及び令和 7 年度介護予防実態把握調査補助業務

2 結果

次の理由により、参加資格を有することを認められません。

理由：〇〇のため

3 理由の説明要求

2 の理由について、説明を求めることができます。

この説明を求める場合は、令和 7 年 6 月 20 日（金）午後 5 時までに長久手市福祉部長寿課介護保険係にその旨を記載した書面（様式任意）を提出してください。なお、提出方法は持参又は郵送とします。

（問合先 長久手市福祉部長寿課介護保険係 担当岩田・右田

TEL 0561-56-0613（ダイヤルイン）FAX 0561-63-2940）