

**仙台市通所型短期集中予防サービス事業
委託事業者応募書類**

令和3年3月

仙 台 市

【目次】

仙台市通所型短期集中予防サービス事業委託事業者応募書類

1 応募申込書類の一覧と提出部数	
(1) 事業実績書	1
(2) 事業計画書	1
(3) 提出部数	1
2 応募書類の評価	
○ 審査基準	2
3 応募書類作成にあたっての留意点	
(1) 事業実績書における留意点	2
(2) 事業計画書における留意点	4

応募書類

様式第1号	5
様式第2号	6
様式第3号	7
様式第4号	8
様式第5号	9
様式第6号	10
様式第7号	11
様式第8号	13
様式第9号	15
様式第10号	16
様式第11号	17
様式第12号	18
様式第13号	20
様式第14号	21

1 応募書類の一覧と提出部数

(1) 事業実績書

- ① 応募申込書（様式第 1 号）
- ② 法人概要書（様式第 2 号）
- ③ 実績調書（様式第 3 号）
- ④ 応募資格を有していることについての誓約書（その 1）（様式第 4 号）
- ⑤ （ア）納税義務がある法人
法人市民税（仙台市）並びに消費税及び地方消費税に関する直近 2 事業年度の納税証明書又は滞納がないことの証明書を提出
（イ）納税義務がない法人
応募資格を有していることについての誓約書（その 2）（様式第 5 号）を提出
- ⑥ 定款、寄附行為、又はこれらに類するもの
- ⑦ 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）（※提出日から起算して 3 か月以内に発行されたもの）
- ⑧ 法人の経営状況等に関する書類（直近 2 事業年度の財務諸表（財産目録、貸借対照表、損益計算書、事業報告書））
- ⑨ 印鑑証明書（※提出日から起算して 3 か月以内に発行されたもの）

(2) 事業計画書

- ① 事業所計画書（様式第 6 号）
- ② 事業実施計画書（様式第 7 号）
- ③ 介護予防プログラム実施プラン（様式第 8 号）
- ④ プログラム実施体制（様式第 9 号）
- ⑤ 履歴書（事業従事者）（様式第 10 号）
- ⑥ 送迎可能エリア確認書（様式第 11 号）
- ⑦ 通所型短期集中予防サービス事業実施見積書（様式第 12 号）
- ⑧ 安全管理マニュアル（任意様式）

(3) 提出部数

応募書類	提出部数
(1) 事業実績書①～③ (2) 事業計画書①～④、⑥～⑧	各 7 部
(1) 事業実績書④～⑨ (2) 事業計画書⑤	各 1 部

※ 提出に際しての留意事項

- ・提出書類は A4 版サイズに揃え、様式第 13 号「応募書類確認票」に基づき、必要書類が全て揃っているか確認のうえ提出すること。

- ・事業実績書①～③、事業計画書①～④、⑥～⑧は、1部ずつまとめたものを1セットとし、7セットに分けて提出すること。その際、ホチキス留めはせず、クリップ等でまとめること。

2 応募書類の評価

○ 審査基準

審査にあたっては、以下の審査基準を基に通所型短期集中予防サービスを運営する能力を総合的に評価する。なお、総合基準の判断基準として点数制を採用する。

ア 事業所の状況及び実施体制（30点）

応募事業所における事業実績、実施施設の設備、安全管理面、財務状況等について審査を行う。

イ 基本方針等（30点）

通所型短期集中予防サービス運営にあたっての基本方針、地域包括ケアシステムへの理解、地域や関係機関との連携等の考え方等についての審査を行う。

ウ プログラム内容等（40点）

提供プログラムについて、中心となる担当者の資格及び実務経験、従事者の確保状況、具体的な実施内容、参加者が継続して介護予防に取り組むための工夫等について審査を行う。

3 応募書類作成にあたっての留意点

(1) 事業実績書記載における留意点

① 応募申込書（様式第1号）

(ア) 「代表者職氏名」について

- ・「代表者職氏名」は契約者となる者を記入すること。
- ・支店長名で契約する場合は、「代表者職氏名」に支店長名を記載するほか、「所在地」は支店所在地、「法人名」は法人名に加えて支店名も併せて記載すること。
- ・様式第4号、様式第5号、様式第12号においても同様の取扱いとすること。

(イ) 「4 担当者連絡先」について

- ・応募書類に疑義がある場合、事務局より問い合わせをする場合があることから、提出書類の内容について十分把握している者を担当者として記載すること。

② 法人概要書（様式第2号）

(ア) 「仙台市内の事業所」について

- ・本社又は本部が仙台市以外にある場合のみ記載し、本社又は本部が仙台市内にある場合は、記載しないこと。

(イ) 「沿革」、「法人理念・運営方針」、「業務内容」について

- ・既定の欄で記載しきれない場合は、法人の事業案内パンフレット等の資料を添付することで記入を簡略化してもよい。ただし、その場合でも、できるだけ各項目について記載した上で、「別添資料のとおり」とすること。

(ウ)「従業員数」について

- ・従業員数は正社員の数を記載する。なお、原則として令和3年4月1日時点における従業員数の記載を求めるが、当該時点の把握が難しい場合は、いつ時点の従業員数であるか明記の上、記載すること。

③ 実績調書（様式第3号）

- ・法人概要書（様式第2号）の「沿革」に記載した事業のうち、主な事業を1ページに簡潔にまとめて記載すること。なお、対象となる期間は法人の設立以降、令和3年3月31日までとし、仙台市内外を含めて通所型短期集中予防サービスの実施経験がある場合には、必ず記入すること。
- ・全国展開している法人は、支店管内のみの実績について記載し、全国の実績は別紙任意様式にまとめて記載すること（法人の事業案内パンフレットでも可とする）。

※ 実績調書の記入例

業務名	内容
△○ケアプランセンター	居宅介護支援事業所
○○荘	特別養護老人ホーム △△デイサービスセンターと併設
△△デイサービスセンター	通所介護事業所、通所型短期集中予防サービス ○○荘と併設
○△ケアセンター	訪問介護サービス、訪問入浴サービス
□□病院	総合病院、通所リハビリテーション事業所
□△シティホーム	有料老人ホーム
□○お弁当センター	高齢者向け配食サービス

④ 応募資格を有していることについての誓約書（その2）（様式第5号）

(ア) 応募者の納税義務に応じた提出書類について

- ・法人市民税（仙台市）並びに消費税及び地方消費税において、納税義務が課せられていない事業者は、納税義務がない理由を記載の上、本様式を提出すること。
- ・法人市民税（仙台市）並びに消費税及び地方消費税において、納税義務が課せられている事業者においては、直近2事業年度における納税証明書、又は滞納がないことの証明書を様式第5号に代えて提出すること。なお、いずれの証明書においても提出日から起算して3か月以内に発行された原本を提出すること。

(イ)「納税義務がない理由」について

- ・「納税義務がない理由」の記入の仕方において、一概に「社会福祉法人であれば全て非課税」と扱えるわけではないため、以下の点に留意して記載すること。
■法人市民税（仙台市）に関しては、収益事業を行わない社会福祉法人は非課税とされているため、収益事業を行わない場合は「収益事業を行わない社会福祉法人であるため法人市民税は非課税」と記載すること。

■消費税に関しては、社会福祉法人であっても原則として納税義務がある。ただし、非課税取引として規定されている取引（社会福祉事業、介護保険の給付のうち一定のもの等）を行い、結果的に基準期間の課税売上高が 1,000 万円以下になり、非課税となる場合は「基準期間の課税売上高が 1,000 万円以下であるため消費税及び地方消費税は非課税」と記入すること。

(2) 事業計画書記載における留意点

① 事業所計画書（様式第 6 号）

- ・「実施予定施設及び会場の場所」の添付書類として、「地図」、「施設全体平面図（マーカー等で実施予定場所を明記すること）」、「写真（建物全景及び実施予定場所全体が確認できるもの）」を提出すること。

② 事業実施計画書（様式第 7 号）

- ・通所型短期集中予防サービスを実施するにあたっての基本方針等について、様式に従い、概ね 400 字以内で具体的に記載すること。

③ 介護予防プログラム実施プラン（様式第 8 号）

- ・実施予定のプログラム内容について、様式に従い具体的に記載すること。
- ・各回における従事する職種と、合計職員数についても記載すること。

④ プログラム実施体制（様式第 9 号）及び履歴書（事業従事者）（様式第 10 号）

- ・各職員の氏名、年齢、最終学歴等について記載するとともに、資格保有者が従事する場合は、その資格を有する証明書の写しを必ず添付すること。
- ・応募時点において、具体的な人員配置計画が決まっていない場合は、氏名欄に「(予定)」と記載すること。

⑤ 送迎可能エリア申告書（様式第 11 号）

- ・送迎を実施する予定地域について、概ね中学校区単位で記載すること。
- ・事業所の位置と送迎可能エリアをマーカーなどで明記した地図を添付すること。

⑥ 通所型短期集中予防サービス事業実施見積書（様式第 12 号）

- ・通所型短期集中予防サービス事業実施にあたり必要となる人件費及び物件費（備品費、消耗品費、保険料、通信費、会場使用料、光熱水道費、送迎費等）相当分の費用について、その内訳を明記した上で、記載すること。
- ・本事業の実施に関わらない他の事業に必要な物品を購入するため等の目的により固定費を活用することは認められないため留意すること。
- ・なお、本見積書は書類審査資料として徴収するものであり、公募の結果、委託に至った事業所に対しては、契約前に改めて事業実施見積を徴収する。

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

通所型短期集中予防サービス事業委託事業者の選定にあたり、下記のとおり応募します。

記

1 受託希望事業(以下のうち、希望する事業のいずれか、もしくは両方を○で囲む。)

ア モデル事業

イ 元気応援教室

2 実施予定事業所名

--

3 提出書類

様式第 13 号「応募書類確認票」にチェックしたとおり。

4 担当者連絡先

氏名		電話番号	
部署・職名		FAX 番号	
Eメールアドレス			

(様式第 2 号)

法人概要書

令和 年 月 日作成

本社又は 本部	法人名			
	所在地		電話番号	
	代表者名		FAX 番号	
	設立年月日			
仙台市内の 事業所	名称			
	所在地		電話番号	
	代表者名		FAX 番号	
	設立年月日			
沿革				
法人理念・ 運営方針				
業務内容				
主な実績	次葉、実績調書のとおり			
従業員数	人(令和 3 年 4 月 1 日) (内、仙台市内事業者 _____人)			

(様式第3号)

実績調書

	番号	開始時期	業務名	内容
仙台市内の実績	1	__年__月 ～		
	2	__年__月 ～		
	3	__年__月 ～		
	4	__年__月 ～		
	5	__年__月 ～		
	6	__年__月 ～		
	7	__年__月 ～		
	8	__年__月 ～		
仙台市外の実績	1	__年__月 ～		
	2	__年__月 ～		
	3	__年__月 ～		
	4	__年__月 ～		
	5	__年__月 ～		
	6	__年__月 ～		

※通所型短期集中予防サービス事業の実施経験も含む

(様式第 4 号)

応募資格を有していることについての誓約書(その1)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

通所型短期集中予防サービス事業委託事業者の応募に際し、下記のとおり誓約します。

記

1 法人又は法人の代表者が次の者に該当しておりません。

(1)法律行為を行う能力を有しない者

(2)破産者で復権を得ない者

(3)地方自治法施行令(昭和 22 年政令第 16 号)第 167 条の 4 第 2 項(同項を準用する場合を含む。)の規定により仙台市における一般競争入札等の参加を制限されている者

(4)地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 92 条の 2、第 142 条(同条を準用する場合を含む。)又は第 180 条の 5 第 6 項の規定に抵触することとなる者

(5)会社更生法(平成 14 年法律第 154 号)及び民事再生法(平成 11 年法律第 225 号)等による手続きをしている法人

(6)暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成 3 年法律第 77 号)第 2 条第 2 号に掲げる暴力団及びそれらの利益となる活動を行う法人

(7)本市における通所型短期集中予防サービス(元気応援教室)実施事業者の選定の手続きにおいて、その公正な手続きを妨げた者又は公正な価格の成立を害し、若しくは不正の利益を得るために連合した者

(8)法人市民税(仙台市)並びに消費税及び地方消費税を滞納している者

(様式第 5 号)

応募資格を有していることについての誓約書(その2)
(該当する法人のみ提出)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

通所型短期集中予防サービス事業委託事業者の応募に際し、下記のとおり誓約します。

記

1 法人市民税(仙台市)並びに消費税及び地方消費税の納税義務はありません。

【納税義務がない理由】

(様式第 6 号)

事業所計画書

①実施予定事業所 住所	〒____-_____ 住所 仙台市____区_____		
②電話番号	—	③FAX 番号	—
④交通条件(当てはまるものに○)	JR 地下鉄 (_____ 駅から徒歩____分) 市営バス 宮交バス (_____ 停留所から徒歩____分) その他 (_____)		
⑤実施予定施設延床面積	m ²		
⑥複合プログラム実施会場の概要	・面積	m ²	
	・独立か共有か(どちらかに○)	独立 共有(パーティションによる仕切りを含む)	
		共有する場所(部屋)とその理由	
・付帯設備(洗面台等)の有無について			
⑦実施予定施設及び会場の場所	<ul style="list-style-type: none"> ・実施予定施設の所在地地図 ・施設全体平面図(マーカー等で実施予定場所を明記すること) ・写真(建物全景及び実施予定場所全体が確認できるもの)を添付すること 		

(様式第 7 号)

事業実施計画書

法人名	
実施予定事業所名	

通所型短期集中予防サービス事業実施計画書

1 通所型短期集中予防サービス事業実施にあたっての基本方針

(1) 「フレイル予防」の理念とその重要性について

(2) 通所型短期集中予防サービス事業を実施するにあたっての基本方針

(3) 地域包括支援センターとの連携に関する今後の方針

(4) 利用者本人を取り巻く環境の把握に向けた支援について

(ア) アセスメント(モニタリング)訪問実施方針について

(イ) 利用者が居住する地域の通いの場の把握が必要な理由と、具体的な把握方法について

2 運営体制

(1) 個人情報の取扱い

※ ワイヤーロックなどによる個人情報を扱う端末の盗難、持ち出しの防止、不正アクセスの防止対策、作業場所及び個人情報の保管場所の鍵の管理等を具体的に記載すること。

(2) 災害時、緊急時の対策

(3) 配置職員の資質向上に向けた研修機会の確保について

3 事業者として培ってきた経験と実績

※ 高齢者に対して運動プログラム等を提供することにより、これまで培ってきた貴事業所の経験と実績を、本事業にどのように活かすことができるのか、具体的に記載すること。

(様式第 8 号)

介護予防プログラム実施プラン

実施事業所名	
記載者	

○スケジュール・内容

回数	月日	曜日	開始	0:30	1:00	1:30	2:00	従事職種	人数
第1回	記載不要								
第2回									
第3回									
第4回									
第5回									
第6回									
第7回									
第8回									
第9回									
第10回									
第11回									
第12回									

<プログラム全体の説明等>

<参加者の個性性を重視したプログラムの内容の工夫>

<受講後も自宅で運動を継続するためのプログラムの内容の工夫>

(4)実施を想定している曜日及び時間帯

(様式第8号) 記入例

介護予防プログラム実施プラン

実施事業所名	〇〇〇〇〇 事業所
記載者	●●●●

○スケジュール・内容

回数	月日	曜日	開始	0:30	1:00	1:30	2:00	従事職種	人数			
第1回			バイタルチェック	開会・オリエンテーション	【講話】 体力測定の説明	ストレッチ 体力測定	ストレッチ・バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名		
第2回			バイタルチェック	オリエンテーション	【講話】前回の振り返り 体力測定の結果説明	【実技】 ストレッチ	筋カトレーニング	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第3回			バイタルチェック	オリエンテーション	セルフマネジメント 支援	【実技】 ストレッチ	筋カトレーニング	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第4回			バイタルチェック	オリエンテーション	セルフマネジメント 支援	【実技】 ストレッチ	筋カトレーニング	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第5回			バイタルチェック	オリエンテーション	【講話】	体力測定 の説明	ストレッチ 体力測定	ストレッチ・バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名	
第6回			バイタルチェック	オリエンテーション	【講話】前回の振り返り 体力測定の結果説明	【実技】 ストレッチ	筋カトレーニング	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第7回			バイタルチェック	オリエンテーション	セルフマネジメント 支援	【実技】 ストレッチ	生活機能向上訓練	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第8回			バイタルチェック	オリエンテーション	セルフマネジメント 支援	【実技】 ストレッチ	生活機能向上訓練	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第9回			バイタルチェック	オリエンテーション	【講話】	体力測定 の説明	ストレッチ 体力測定	ストレッチ・バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名	
第10回			バイタルチェック	オリエンテーション	【講話】前回の振り返り 体力測定の結果説明	【実技】 ストレッチ	生活機能向上訓練	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第11回			バイタルチェック	オリエンテーション	セルフマネジメント 支援	【実技】 ストレッチ	生活機能向上訓練	クールダウン	バイタルチェック	終了	看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名
第12回			バイタルチェック	オリエンテーション	【実技】 ストレッチ	生活機能向上訓練	クールダウン	バイタルチェック	閉会・サービス利用の 振り返り		看護師 理学療法士 介護職	1名 1名 1名

<プログラム全体の説明等>

サービス提供期間における各月において、1か月目は利用者の意向、身体状況及び生活状況を「把握する」、2か月目は1か月目に明らかになった課題を踏まえた自立支援に向けたプログラムを「実践する」、3か月目は利用者を利用者の居宅や周辺環境における社会参加等に「繋げる」時期であることを意識して、利用者一人ひとりの介護予防・重度化防止につながるサービスを提供して参ります。

<参加者の個性を重視したプログラムの内容の工夫>

利用者のご意向を踏まえつつ、事前に利用者の居宅や生活環境を訪問し、そこで利用者のできること、できないことを把握した上で、利用者一人ひとりに合ったプログラムを提供して参ります。また、サービス提供期間中においても、機能訓練の取組みが、実際の生活環境においても成果が表れているか、確認のために適宜訪問し、必要に応じて、プログラムの内容を変更修正して参ります。

<受講後も自宅で運動を継続するためのプログラムの内容の工夫>

地域包括支援センターと適宜連携して、利用者が居住する地域の通いの場等の状況について、可能な限り把握した上でサービス提供できるよう努めて参ります。

(4)実施を想定している曜日及び時間帯

- ・毎週 水曜日(祝日にあたる場合、変更あり)
- ・時間帯 10:00~12:00

(様式第9号)

プログラム実施体制

職種	資格	役割	氏名	経験年数	これまで経験した業務		高齢者を対象とした運動プログラム等の実施経験			
					施設名	業務内容	経験の有無	経験年数	従事した施設	従事した内容
機能訓練指導員										
看護職員										

- ※ 既に従事することが決定している方についてご記入ください(履歴書添付)。確保予定の場合には氏名欄には(予定)とのみご記入ください。
- ※ 「職種」「資格」については証明する書類の写しを添付してください。
- ※ 「これまで経験した業務」については、資格・職種が必要となる職種の職員として従事した施設について記入してください。
- ※ 「経験年数」については、資格を取得してからの年数ではなく、資格・職種を生かして勤務した施設でのトータルの勤務年数を記入してください。
- ※ 機能訓練指導員と看護職員を兼務する場合には、看護職員の欄には「資格・職種」と「氏名」のみ記入し、氏名の後に(兼務)と記入してください。

(様式第 10 号)

履歴書 (事業従事者)

氏 名	
年 齢	
最終学歴	
福祉に関する職歴 (従事した期間も併せてご記入ください。)	
資 格	
採用年月日	年 月
雇用形態	常勤・非常勤・職員外
業務以外のボランティア・地域活動等に関する実績	
備 考	

※雇用形態欄には、常勤・非常勤・職員外の別や、委託により従事者を確保している場合には事業者名を記入してください。

※「職員外」は、外部講師等職員以外の従事者をいいます。

※「採用年月日」については、事業従事者が採用予定者である場合には、年月日のあとに（予定）とご記入ください。

※備考欄に職員に関してアピールしたい点があれば記載してください。また、事業を行うにあたり有効な研修等を受講している場合は、その名称を記入してください。（修了証の写しを添付してください。）

※資格を有する証明書（写し）を必ず添付してください。

(様式第 11 号)

送迎可能エリア申告書

問 貴事業所で送迎の実施が可能な地域を下欄に具体的にご記入ください。

① 送迎予定地域について、概ね中学校区単位でご記入ください。

	中学校区
--	------

② 事業所の位置と送迎可能エリアの範囲がわかる地図（任意様式）を添付してください。

(送迎予定地域) ※地図添付

(様式第 12 号)

令和 年 月 日

通所型短期集中予防サービス事業実施見積書

(あて先) 仙台市健康福祉局長

法人名 _____
代表者職氏名 _____ 印
実施事業所名 _____

(単位:円)

種別	科目	金額	内訳
人件費			
物件費等			
小計		0	
消費税(10%)		0	
合計(税込)		0	(小計+消費税)

(様式第 12 号)具体例

令和 3年 4月 15日

通所型短期集中予防サービス事業実施見積書

(あて先) 仙台市健康福祉局長

法人名	〇〇法人
代表者職氏名	●●●● 印
実施事業所名	△△△△

(単位:円)

種別	科目	金額	内訳
人件費	賃金(機能訓練指導員)	356,400	2,200円×162時間
	賃金(看護師)	86,400	2,400円×36時間
	賃金(介護職員)	304,000	1,900円×160時間
物件費等	会場使用料(水道光熱費含む)	180,000	5,000円×36回
	消耗品費	45,000	3,000円×15人
	通信費	7,500	500円×15人
	保険料	19,800	110円×12回×15人
	送迎費	108,000	3,000円×36回
小計		1,107,100	
消費税(10%)		110,710	
合計(税込)		1,217,810	(小計+消費税)

(様式第 13 号)

応募書類確認票

以下の応募書類を確認のうえ、必ず□にチェックを入れ、(1)事業実績書と(2)事業計画書を一緒に提出すること。なお、事業実績書①～③、事業計画書①～⑤、⑦、⑧は、1部ずつまとめたものを1セットとし、7セットに分けて提出すること。その際、ホチキス留めはせず、クリップ等でまとめること。

(1) 事業実績書(①～③:7部ずつ、④～⑨:1部ずつ)

- ① 応募申込書(様式第1号)
- ② 法人概要書(様式第2号)
- ③ 実績調書(様式第3号)
- ④ 応募資格を有していることについての誓約書(その1)(様式第4号)
- ⑤-1 納税義務がある法人は法人市民税(仙台市)並びに消費税及び地方消費税に関する直近2事業年度の納税証明書又は滞納がないことの証明書を提出
- ⑤-2 納税義務がない法人は「応募資格を有していることについての誓約書(その2)(様式第5号)」を提出
- ⑥ 定款、寄附行為又はこれらに類するもの
- ⑦ 法人登記簿謄本(履歴事項全部証明書)(※提出日から起算して3か月以内に発行されたもの)
- ⑧ 法人の経営状況等に関する書類(直近2事業年度の財務諸表(財産目録、貸借対照表、事業報告書、損益計算書))
- ⑨ 印鑑証明書(※提出日から起算して3か月以内に発行されたもの)

(2) 事業計画書(①～④、⑥～⑧:7部ずつ、⑤:1部)

- ① 事業所計画書(様式第6号)
- ② 事業実施計画書(様式第7号)
- ③ 介護予防プログラム実施プラン(様式第8号)
- ④ プログラム実施体制(様式第9号)
- ⑤ 履歴書(事業従事者)(様式第10号)、人員に関する資格証明書の写し
- ⑥ 送迎可能エリア申告書(様式第11号)、事業所の位置と送迎可能エリアの範囲がわかる地図(任意様式)
- ⑦ 通所型短期集中予防サービス事業実施見積書(様式第12号)
- ⑧ 安全管理マニュアル

(様式第 14 号)

送信先 (※添書不要)
仙台市役所地域包括ケア推進課 佐藤 (元) あて
FAX 番号 022-214-8980

ファクシミリ施行 (締切 令和 3 年 4 月 7 日 (水) 17 時 15 分)

通所型短期集中予防サービス実施事業者公募に関する質問書

発信者

法人名	
担当者	
電話番号	
FAX 番号	

質問事項

質問事項