（様式１）現地見学会申込書

マエダハウジング府中町ふれあい福祉センターでの障害福祉サービスの

運営に関するサウンディング型市場調査

【現地見学会申込書】

令和　年　月　日提出

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | フ リ ガ ナ | |  | | |
| 法　　人　　名 | |  | | |
| 所　　在　　地 | |  | | |
| （グループの場合）  構成法人名 | |  | | |
| 現地見学会  連絡担当者 | | フリガナ |  | |
| 氏　　　名 |  | |
| 所属法人・  部署名 |  | |
| E-mail |  | |
| T E L |  | |
| ２ | 参加予定者氏名 | | 所属法人名・部署・役職 | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| ３ | 希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。 | | | | |
| 第１希望 | 月　　　　日 | | | 10:00～11:00　13:30～14:30  15:00～16:00 |
| 第２希望 | 月　　　　日 | | | 10:00～11:00　13:30～14:30  15:00～16:00 |

【留意事項】

１　出席する人数は、１グループにつき２名以内としてください。

２　多数のお申込みがあった場合には、人数制限をさせていただくこともありますので、予め御了承ください。

（様式２）参加申込書

マエダハウジング府中町ふれあい福祉センターでの障害福祉サービスの

運営に関するサウンディング型市場調査

【参加申込書】

令和　年　月　日提出

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | フ リ ガ ナ | |  | |
| 法　　人　　名 | |  | |
| 所　　在　　地 | |  | |
| （グループの場合）  構成法人名 | |  | |
| サウンディング  連絡担当者 | | フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 所属法人・  部署名 |  |
| E-mail |  |
| T E L |  |
| ２ | 希望実施方法  （○で囲んでください。） | | 対面　・　ＷＥＢ | |
| ３ | サウンディング実施の希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。 | | | |
| 第１希望 | 月　　　　日 | | 10:00～11:00　13:30～14:30  15:00～16:00 |
| 第２希望 | 月　　　　日 | | 10:00～11:00　13:30～14:30  15:00～16:00 |
| 第３希望 | 月　　　　日 | | 10:00～11:00　13:30～14:30  15:00～16:00 |
| ４ | サウンディング型市場調査  参加予定者氏名 | | | 所属法人名・部署・役職 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| ５ | 提出資料 | | | |
| 様式２　参加申込書（本書）  様式３　調査票  ※現時点で調査票の提出が難しい場合は、サウンディング実施までに提出してください。 | | | |

【留意事項】

１　出席する人数は、１グループにつき３名以内としてください。

２　多数のお申込みがあった場合には、人数制限をさせていただくこともありますので、

予め御了承ください。

（様式３）調査票

マエダハウジング府中町ふれあい福祉センターでの障害福祉サービスの

運営に関するサウンディング型市場調査

【調査票】

令和　年　月　日提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | |  |
| 法　人　名 | |  |
| 法人所在地 | |  |
| （グループの場合）  構成法人名 | |  |
| 担当者連絡先 | フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 所属法人名  部署・役職 |  |
| E-mail |  |
| T E L |  |

【記入に当たっての留意事項】

１　サウンディングの際は、１５分程度で説明をお願いします。

２　提案内容を説明する上で必要となる補足資料等がありましたら、本調査票とともに所定の期日までにPDF形式によりEメールにて送付してください。

３　本調査票は、回答可能な部分について記入をお願いします。（全ての項目に記入する必要はありません。）

４　調査票は令和7年９月１２日(金)　午後５時までに電子メールにて提出してください。

　　【提出先】

〒735-8686　広島県安芸郡府中町大通三丁目５番１号

府中町　福祉保健部 福祉課 障害者福祉係

担当者　 山奥

電話番号　082-286-３１６１

E-Mail：fukushi@town.fuchu.hiroshima.jp

|  |
| --- |
| **【記入について】**  **１　各設問に従い、回答を記入してください。**  **２　回答欄の枠の大きさは適宜広げて頂いて構いません。**  **３　回答が難しい項目については、空欄でも構いません。** |
| **１　事業者を公募した場合の関心度、実現可能性に関する所見について** |
| ・事業者を公募した場合の関心度についてお聞かせください。 |
| ・大いに関心がある　・条件次第　・関心はない　・その他 |
| ・事業者を公募した場合の実現可能性に関する所見についてお聞かせください。 |
|  |
| **２ 管理・運営について** |
| ・管理・運営についてご意見をお聞かせください。 |
| 〇希望する管理運営期間・開館日等 |
| 〇参画する場合の業務内容の希望 |
| 〇施設使用料、官民の役割分担、リスク分担等 |
| **３ 施設・物品について（ハード面）** |
| ・施設・物品についてご意見をお聞かせください。 |
| 〇施設・設備の有効活用に向けた提案 |
| 〇修繕が望ましい箇所の有無 |
| 〇既存物品の取扱い |
| **４ 障害者支援について（ソフト面）** |
| ・障害者支援の充実・拡充に向けたお考えについてお聞かせください。 |
| 〇３階設備機能を活用した障害者支援の充実・拡充に向けた提案 |
| **５ 自由提案・懸念事項等について（ある場合のみ）** |
| ・事業全般に関する提案・課題等について、ご意見やご提案をお聞かせください。 |
| 〇町が配慮すべき事項等 |
| **６ その他の資料について** |
| ・自社パンフレットや類似実績(他自治体事例)ついてご紹介ください。 |
| 〇様式外も可 |