令和６年度

所沢市通所型短期集中予防サービス業務企画提案書

令和　　年　　月　　日

１　応募区分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募区域 | ※「公募実施要領第４」にある区域を記入してください。 | | |
| 第 |  | 区域 |
| 資格要件 | ※該当するものにチェックしてください。  １.所沢市通所型短期集中予防サービス又は他市区町村における同様の通所型サービスＣの運営実績がある法人  ２.所沢市内に本社又は事業所を有し、実際に事業の運営主体である法人であり、介護事業又は介護予防事業の運営実績がある法人  ３.埼玉県地域リハビリテーションケアサポートセンター又は協力療機関を有する法人 | | |

２　法人の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 市内の事業所等  ※所在地が市外で市内に事業所等がある場合 | 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年月日 |  | |
| 資本金等（基本財産） |  | |
| 従業員等数（会員数） |  | |
| 法人の沿革  及び  実施事業等 |  | |

## ３　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者部署 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E－Mail |  |

＊行の追加、伸縮等は適宜行ってください。

４　業務実施体制

|  |
| --- |
| 業務実施体制（案） |
| 業務実施体制について、具体的な配置計画を記載してください。   * １に責任者を記入してください。   ア．業務実施人数  　　　　　　　　　　　　　　　人（うち非常勤　　　　　　　人）  イ．勤務体制・職歴等 |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 1 | 氏名 | 年齢 | 主な職歴 | |  |  |  | | 常勤・非常勤 | 役職 | 資格等 | | 常勤　・　非常勤 |  |  | | 2 | 氏名 | 年齢 | 主な職歴 | |  |  |  | | 常勤・非常勤 | 役職 | 資格等 | | 常勤　・　非常勤 |  |  | | 3 | 氏名 | 年齢 | 主な職歴 | |  |  |  | | 常勤・非常勤 | 役職 | 資格等 | | 常勤　・　非常勤 |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 4 | 氏名 | 年齢 | 主な職歴 | |  |  |  | | 常勤・非常勤 | 役職 | 資格等 | | 常勤　・　非常勤 |  |  | | 5 | 氏名 | 年齢 | 主な職歴 | |  |  |  | | 常勤・非常勤 | 役職 | 資格等 | | 常勤　・　非常勤 |  |  | | 6 | 氏名 | 年齢 | 主な職歴 | |  |  |  | | 常勤・非常勤 | 役職 | 資格等 | | 常勤　・　非常勤 |  |  |  * 6人を超える場合は、適宜、記載枠を増やす等により対応してください。 |

## ５　同業務又は類似業務の実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業名 | 業務内容 | 時期 |
|  |  |  |
|  |  |  |

６　事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| Ⅰ　基本方針 | |
|  | 基本方針 |
| 団体の運営方針 |
| 団体の運営方針について記述してください。 |
|  |
| 本業務の実施方針 |
| 本業務実施に当たっての方針を記述してください。 |
|  |

＊行の伸縮等は適宜行ってください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ⅱ　実施体制と組織 | | |
|  | 人員体制 | |
| 人員の配置 | |
| 人員の配置について具体的に記述してください。 | |
|  | |
| 職員（従業員）の研修計画 | |
| 本業務実施に関する研修計画について具体的に記述してください。 | |
|  | |
| その他 | |
| 人員体制について自由に記述してください。 | |
|  | |
| 連携体制 | |
| 市との連携体制 | |
| 市との連携体制について記述してください。   * 市の執務執行日にいつでも連絡が取れ、責任ある対応が取れる体制など | |
|  | |
|  | 各地域包括支援センターとの連携体制 | |
| 地域包括支援センターとの連携体制について記述してください。 | |
|  | |
| その他団体等との連携体制 | |
| その他の団体等との連携体制について記述してください。 | |
|  | |
|  | 管理体制 | |
| 個人情報保護に関する対応及び体制 | |
| 個人情報保護に関する対応及び体制について具体的に記述してください。  　（マニュアル、規程等がある場合は、提出してください。） | |
|  | |
| 情報管理（情報セキュリティ）に関する対応及び体制 | |
| 情報管理（情報セキュリティ）に関する対応及び体制について具体的に記述してください。（マニュアル等がある場合は、提出してください。） | |
|  | |
| その他 | |
| 管理体制に関する対応及び体制について自由にご記入ください。 | |
|  |  | |
| Ⅲ　実施計画 | |
|  | 業務実施計画 |
| 実施プログラムの概要 |
| 通所型短期集中予防サービス業務内容を確認の上、概要を記述してください。 |
|  |
| 利用者個人に対する一般的な実施日程 |
| 通所型短期集中予防サービス業務内容を確認の上、実施日程（カリキュラム等）を記述してください。 |
|  |
| 地域包括支援センターに対する報告について |
| 通所型短期集中予防サービス業務内容を確認の上、会議等での報告・発表について記述してください。 |
|  |
| その他 |
| 自由記入 |
| 本業務について自由に記述してください。 |
|  |  |

＊行の伸縮等は適宜行ってください。

７　サービス終了後の利用者との関わり方

|  |
| --- |
| サービス終了後の利用者と御社の関わり方の考えを記述してください。 |
| * 付随業務である所沢市自宅でちょこっとリハビリ業務内容を確認の上、記述してください |
|  |

## ８　緊急事態等における業務継続の措置

|  |
| --- |
| 緊急事態等で本業務の通常実施ができない場合、どのような措置を講じるかを記述してください。 |
|  |