呉市総合ケアセンターさざなみ及び呉市国民健康保険音戸診療所の

今後の運営に係るサウンディング型市場調査

**現地見学申込シート**

日時　令和６年２月７日（水）から令和６年２月９日（金）まで　随時実施

場所　呉市総合ケアセンターさざなみ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| グル―プの場合の構成法人名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 所属法人名・部署 |  |
| E-mail |  |
| 電話番号 |  |
| ２ | 出席予定者氏名 | 所属法人名・部署・役職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

呉市総合ケアセンターさざなみ及び呉市国民健康保険音戸診療所の

今後の運営に係るサウンディング型市場調査

**質問シート**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 所属法人名部署 |  |
| E-mail |  |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| ■サウンディング型市場調査に関する質問 |
|   |
| ■呉市総合ケアセンターさざなみ及び呉市国民健康保険音戸診療所に関する質問 |
|  |
| ■関係法令等に関する質問 |
|  |
| ■その他 |
|  |

※記入欄が不足する場合，適宜行を追加してください。

呉市総合ケアセンターさざなみ及び呉市国民健康保険音戸診療所の

今後の運営に係るサウンディング型市場調査

**参加申込シート**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| グル―プの場合の構成法人名 |  |
| 対話の担当者 | 氏名 |  |
| 所属法人名・部署 |  |
| E-mail |  |
| 電話番号 |  |
| ２ | 対話の希望日を記入し，希望時間帯にチェックしてください。（希望する順に３日分を記入してください。）　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　月　　日（　） | * １０時から　 　　□ １３時から　　 □ １５時から
* いずれも可能
 |
| 　　月　　日（　） | * １０時から　 　　□ １３時から　　 □ １５時から
* いずれも可能
 |
| 　　月　　日（　） | * １０時から　 　　□ １３時から　　 □ １５時から
* いずれも可能
 |
| ３ | 参加予定者氏名 | 所属法人名・部署・役職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※対話の実施期間は，令和６年３月１３日（水）から令和６年３月１５日（金）までの間で，各日１０時，13時，及び１５時から一事業者あたり３０～６０分を目安に実施します。参加希望日を実施期間内で3日分記入してください。

※参加申込シート受領後，調整の上，実施日時及び場所を電子メールにて連絡します。

（都合により希望に添えない場合もありますので，あらかじめ御了承ください。）

※対話への出席者は，一事業者につき3名以内としてください。

呉市総合ケアセンターさざなみ及び呉市国民健康保険音戸診療所の

今後の運営に係るサウンディング型市場調査

**企画提案シート**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| グループの場合の構成法人名 |  |
| 対話の担当者 | 氏名 |  |
| 所属法人名・部署 |  |
| E-mail |  |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| １　両施設の所有形態に関すること　※いずれかひとつに☑をお願いします。 |
| * 譲渡
* 貸付
* 指定管理
* その他（具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| ２　両施設の活用方法に関すること　※いずれかひとつに☑をお願いします。 |
| * 介護老人保健施設，診療所及び地域交流スペースを一体的に運営
* 介護老人保健施設及び診療所を一体的に運営
* 介護老人保健施設のみ運営
* その他（具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| ３　資金計画に関すること　※負担額や事業費の見込等を可能な範囲で記載してください。 |
|  |
| ４　地域への貢献に関すること |
|  |
| ５　その他 |
|  |

※記入欄が不足する場合，適宜行を追加してください。また，必要に応じて任意の資料（図面等）を追加してください。

※複数のご提案をいただく場合，提案ごとにシートを作成してください。