

令和 年 月 日

令和2年度医療的ケア児支援者育成業務受託希望届

岩手県知事 達増 拓也 様

所 在 地:

団 体 (法 人 等) 名:

代 表 者 職 ・ 氏 名:

印

このことについて、「令和2年度医療的ケア児支援者育成業務仕様書」に基づく業務を受託したいので、届け出ます。

また、「令和2年度医療的ケア児支援者育成業務応募要領」1に基づく資格要件のいずれにも適合することを誓約します。

記

1 団体（法人等）名

2 代表者名

3 業務内容

令和2年度医療的ケア児支援者育成業務仕様書4のとおり。

別紙

団体等に関する調書

団体（法人）等の名称・所在地	名称： 〒 TEL FAX
代表者職・氏名	
団体（法人）等の設立年月	年 月
県の委託事業への応募制限	(契約不履行等の不祥事の発生により、県から委託契約に係る応募制限を受けた場合は、その期間を記入すること) 有（応募制限期間： 年 月 日から 年 月 日まで） 無
資格要件の確認項目	1 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 4 条第 2 項に規定する登録研修機関として岩手県知事の登録を受けていることの説明 (1) 登録番号 (2) 登録年月日 (3) 喀痰吸引等研修の別（1号、2号、3号） 2 過去 5 年間に於いて、岩手県内で医療、看護、介護、福祉などのサービスの連携・調整・相談等を行う事業を連続して 1 年以上実施した実績を有することの説明