

令和 8 年度桐生市介護予防教室業務委託事業 応募申請書

令和 年 月 日

(宛先) 桐生市長 様

所在地  
 事業者名  
 代表者氏名  
 電話番号 ( )

令和 8 年度桐生市介護予防教室業務委託事業者募集要項に基づき、委託仕様書について了解したうえで応募いたします。

なお、同募集要項に定められた参加資格を満たし、次に記載する内容及び添付書類について事実と相違ないことを誓約いたします。

|     |             |     |
|-----|-------------|-----|
| 担当者 | 事業者名        |     |
|     | 住所          |     |
|     | 氏名          |     |
|     | 電話番号        | ( ) |
|     | FAX 番号      | ( ) |
|     | E-mail アドレス | @   |

1 実施希望項目

| 実施希望圏域                       | 対象圏域                        | 開催場所           |                |                | 開催予定月          | 実施希望圏域 |
|------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|
|                              | 第1圏域<br>(1.2.9.10.14区)      |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第2圏域<br>(3.4.5.8区)          |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第3圏域<br>(6.7.17区)           |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第4圏域<br>(11.13区)            |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第5圏域<br>(16.22区)            |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第6圏域<br>(19.20.21区)         |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第7圏域<br>(15区)               |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 第8圏域<br>(12.18区)            |                |                |                | 月頃～            |        |
|                              | 上記の実施希望圏域（右欄）に○をつける（複数可）    |                |                |                |                |        |
| 曜日・時間                        | 月                           | 火              | 水              | 木              | 金              |        |
|                              | AM・PM<br>どちらでも              | AM・PM<br>どちらでも | AM・PM<br>どちらでも | AM・PM<br>どちらでも | AM・PM<br>どちらでも |        |
|                              | 上記の実施可能曜日とAM・PM・どちらでもに○をつける |                |                |                |                |        |
| ※1 コースの実施希望日時がある場合はこちらに日時を記入 |                             |                |                |                |                |        |

## 2 対応スタッフ等

| 対応スタッフ       | 対応スタッフ職種      |                |
|--------------|---------------|----------------|
|              | 理学療法士 ( ) 名   | 柔道整復師 ( ) 名    |
|              | 作業療法士 ( ) 名   | 鍼灸マッサージ師 ( ) 名 |
|              | 健康運動指導士 ( ) 名 | 栄養士 ( ) 名      |
|              | 歯科衛生士 ( ) 名   | 保健師 ( ) 名      |
|              | 看護師 ( ) 名     |                |
|              | その他 ( ) ( ) 名 |                |
|              | 補助職員 ( ) 名    |                |
| 資格：なし・あり ( ) |               |                |

※教室に従事する人数は常時2名以上とし、業務責任者には○をつける。

## 3 添付書類

- ① 主たる対応スタッフの資格証の写し
- ② 令和8年度桐生市介護予防教室業務委託事業者 事業計画書（様式2）
- ③ 事業者安全管理マニュアル