（様式１）

平成　　年　　月　　日

**参 加 申 込 書**

奈良県知事　荒井　正吾　様

住 所

事業者名

代表者職氏名　 　　　　　　　　　　　　印

平成31年度奈良県看護職員確保対策事業委託業務（訪問看護推進事業）公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加を希望しますので、参加申込書を提出します。

なお、本プロポーザルの参加資格を全て満たしていることを誓約します。

記

１　参加希望事業

２　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | ： |
| 役職 | ： |
| 氏名 | ： |
| 電話番号 | ： |
| ＦＡＸ番号 | ： |
| メールアドレス | ： |

（様式２）

平成　　年　　月　　日

**企 画 提 案 書**

奈良県知事　荒井　正吾　様

住　　所

事業者名

代表者氏名　　　 　　　　　　　　　　印

　　平成31年度奈良県看護職員確保対策事業委託業務（訪問看護推進事業）公募型プロポーザルについて、下記の事業に係る企画提案書を、関係書類を添えて提出します。

記

１　企画提案事業

２　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | ： |
| 役職 | ： |
| 氏名 | ： |
| 電話番号 | ： |
| ＦＡＸ番号 | ： |
| メールアドレス | ： |

（様式３）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 看護職員確保対策事業委託業務訪問看護推進事業 |

**事 業 者 概 要 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 名 称 |  |
| 所在地 | 本社等 |  |
| 本業務を受託する支社等 |  |
| 創設年・開設年 |  |
| 資本金 |  |
| 売上 |  |
| 従業員数 |  |
| 本事業に関連する有資格者数 |  |
| 事業内容 |  |
| その他特記事項 |  |

※ 業務案内（リーフレット等）を添付してください。（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 看護職員確保対策事業委託業務訪問看護推進事業 |

**同種又は類似の業務実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 発注者 |  | 受託金額 |  |
| 実施期間 |  |
| 業務の概要 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 発注者 |  | 受託金額 |  |
| 実施期間 |  |
| 業務の概要 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 発注者 |  | 受託金額 |  |
| 実施期間 |  |
| 業務の概要 |  |

※ 各業務の実績を証明できる書類(契約書の写し等)を添付してください。

※ 記入欄が不足する場合は、適宜行を追加又は別紙（Ａ４判）を添付してください。

（様式５）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 看護職員確保対策事業委託業務訪問看護推進事業 |

**実施体制**

■配置予定者

【責任者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 資格 |  |
| 経歴 |  |
| 主な業務実績 |  |

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 資格 |  |
| 経歴 |  |
| 主な業務実績 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 資格 |  |
| 経歴 |  |
| 主な業務実績 |  |

※ 組織の業務体制が分かる資料（組織図等）を添付してください。

※ 記入欄が不足する場合は、適宜行を追加又は別紙（Ａ４判）を添付してください。

（様式６）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 看護職員確保対策事業委託業務訪問看護推進事業 |

**事 業 計 画 書**

※ 事業の実施方針、企画内容、実施方法、スケジュール等について記載してください。

※ 記載内容が複数のページにわたる場合は、ページ数を記入してください。

（様式７）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 看護職員確保対策事業委託業務訪問看護推進事業 |

**見積書**

収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 内訳 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 内訳 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

※ 必要に応じて内容を説明する補足資料を添付してください。

（様式８）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 看護職員確保対策事業委託業務訪問看護推進事業 |

平成　　年　　月　　日

**質　問　票**

事　業　者　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　所　属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

電　話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

 　メール：

質問事項（簡潔に記入してください）