

(様式1)

令和 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

令和3年度医療勤務環境改善支援センター事業委託業務公募型プロポーザルについて、  
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。

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)

令和 年 月 日

## 企 画 提 案 書

奈良県知事 荒井正吾 様

住 所

事業者名

代表者職氏名

印

令和3年度医療勤務環境改善支援センター事業委託業務公募型プロポーザルについて、  
関係書類を添えて企画提案書を提出します。

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)

## 実施体制及び事業計画

### ①実施体制

--

※委嘱予定の医業経営アドバイザーの名簿（病院等の個々の事情に応じて効果的な個別支援等ができるよう、診療報酬面、医療制度・医事法制度、組織マネジメント・経営管理など医業分野に関する専門的知識が豊富であることが分かるよう、保有資格、実績等が記載されたもの）を付すこと。

※実績や経歴などをもとにアドバイザーの中から指揮する者（リーダー）を決定すること。

※アドバイザー間の連携漏れや情報共有漏れを防止することができるよう、アドバイザー間の連携や情報共有の方法を具体的に記載すること。

※開設日及び開設場所、間取り図を記載すること。

※事務処理体制を記載し、また、対応方針の考案、アドバイザーの配置、広報業務等の事務分担を記載すること。

### ②事業計画

--

※以下について記載すること。

- ・個別支援業務等と方針や手段（病院等の機能や規模別の課題を把握、分析すること。）
- ・勤務環境改善を促進することを目的とした研修の内容、日程
- ・勤務環境改善支援センターが認知され、事業の効果的な活用を図ることができような周知、広報業務の内容

※ 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4)

## 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 関連する者 の数		
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。

※定款等の資料を付し、3（11）に記載する非営利法人等であることが分かるよう資料に示すこと。

(様式5)

### 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			

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6)

令和 年 月 日

医療勤務環境改善支援センター事業委託業務公募型プロポーザル

## 質 問 票

事業者名： \_\_\_\_\_

担当者 所 属： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_

F A X： \_\_\_\_\_

メー ル： \_\_\_\_\_

質問事項（簡潔に記入してください）