

(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)

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
代表者職氏名
印

平成31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)

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。

(様式4)

平成 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）