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4年度 看護職員資質向上推進事業委託業務 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

	斤属	
谷		
日	元 名	
電	 話番号	
F	FAX番号	
Ż	メールアドレス	

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4年度 看護職員資質向上推進事業委託業務 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
 :

看護職員資質向上推進事業委託業務

事業者概要書

名 称		
	本社等	
所在地	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。

看記	護職員資質向上推進事業委託業務
----	-----------------

(様式4)

同種又は類似の業務実績

事業名

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。

看護職員資質向上推進事業委託業務

実 施 体 制

■配置予定者

7 3	ŧ.	1-1	٠ =	۲.	٠
L	貝′	吐	:1	É	

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	

- ※ 仕様書及び説明書に即して作成してください。
- ※ 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。

看護職員資質向上推進事業委託業務

事業計画書

- ・実習指導者講習会については、看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、実習指導に必要な知識・技術の修得が効果的に達成されるような研修内容であると分かるように記載すること。
- ・看護教員継続研修については医療・看護を取り巻く状況の変化、看護の役割と求められる看護教育、授業や実習指導を通しての課題と対処、授業設計や方法といった教育実践能力の向上に関すること、学生指導(生活・学習等)、コミュニケーション能力の向上等を踏まえるなど、看護基礎教育の一層の充実が効果的に達成されるような研修内容であると分かるように記載すること。
- ・新型コロナウイルス対策下における、看護学生の実習機会の減少等の教育環境の変化を踏まえ、生じる 課題とその対処方法を学ぶことのできるような研修内容であると分かるように記載すること。
- ・研修スケジュールを示し、受講しやすさ等の特性を示すこと。
- ・新型コロナウイルス感染症の感染対策を具体的に示すこと。
- ・別記「個人情報取扱特記事項」を遵守した個人情報等の管理上の効果的な対策・個人情報等の保護に関する従業者への効果的な研修対策を記載すること。
- ※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。

看護職員資質向上推進事業委託業務

感染防止対策

1.	会場について
	() 受講者の間隔確保(最低1mの間隔、指定席への着席)
	() 換気
	() 使用後の環境及び備品の消毒
2	受講者について
۷.	() 健康確認(当日の検温、健康状態の確認等)
	() マスクの着用
	() 手指消毒剤の配置、使用の奨励
	()受講中の体調管理
2	港 の
J.	講師・職員について
	()健康確認(当日の検温、健康状態の確認等)
	()マスクの着用
	() 手指消毒の励行
	() 必要に応じてフェイスシールド等の着用
4.	その他の感染防止対策

 $%1 \sim 3$ は実施している感染防止対策に、 \bigcirc を入れてください。

※他に実施する感染防止対策があれば、4その他の感染防止対策にご記入いただくか、別紙を添付してください。

事業名 看護職員資質向上推進事業委託業務

見 積 書

収入

1/4/		
科目	金額	内訳
合計		

支出

科目	金額	内訳
合計		
	. 3V PP 3 1-A PP VENIAL 3: 35 /	

[※] 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。

^{※「}実習指導者講習会」「看護教員継続研修」の、それぞれの事業費を区別できるよう作成すること。

看護職員資質向上推進事業委託業務

氏 名:

令和 年 月 日

質 問 票

事業者名:

担当者 所 属:

電 話:

	<u>FAX</u> :
	メール:
質問事項(簡潔に記入してください)	