

(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4年度 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)

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4年度 訪問看護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	:	

(様式3)

事業名	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

事業概要書

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	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

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5)

事業名	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

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	

※ 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。

(様式6)

事業名	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

事業計画書

※訪問看護師養成講習会は、訪問看護で必要となる看護行為（がん看護、小児看護、褥瘡・排泄ケア、緩和ケア、摂食・嚥下障害への看護、ターミナルケア、認知症看護等）と、地域包括ケアシステムに対する理解を深める講義を企画するほか、受講内容が実践でき技術の定着につながる実習先を選定すること。実習先の選定理由を記載すること。

※精神科訪問看護研修会は、精神科訪問看護基礎算定療養費の算定条件である 20 時間以上の研修時間を確保し、精神保健福祉の現状と制度、地域包括ケアシステム、家族支援、精神疾患と治療、対人関係援助といった内容を企画すること。

※訪問看護ハラスメント研修は、暴力・ハラスメント事故を原因とする離職を低減させる危険予知訓練のほか、従業員が被害を受けた際の対応やケアに関する講義のほか、県全体の対策能力の底上げにつながる奈良県版マニュアルの作成を企画すること。

※受講者が参加しやすいような研修スケジュールとすること。

※研修の定員を収容することができる会場を確保し、会場の定員を示すこと。

※別記「個人情報取扱特記事項」を遵守し、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。

(様式 7)

事業名	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

感染防止対策

1. 会場について

- () 受講者の間隔確保（最低 1 m 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

- () 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

3. 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

Date	Time	Location	Weather	Wind	Temp	Humidity	Pressure	Remarks

※1. ～3. は実施している感染防止対策に、○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。オンライン研修を実施する場合は、本欄に開催方法を記述してください。

(様式8)

事業名	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

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。

※「訪問看護師養成講習会」「精神科訪問看護研修」「訪問看護ハラスメント研修」について、それぞれの事業費を区別できるよう作成すること。

(様式9)

事業名	訪問看護推進事業委託業務
-----	--------------

令和 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）