（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

令和５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

　　令和５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 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 | 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、適切な実習先が選定され、訪問看護で必要となる看護行為と地域包括ケアシステムに対する理解を深める講義内容を記載すること。また、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、精神科訪問看護の基本的知識・技術の習得につながる講義内容を記載すること。
* 訪問看護ハラスメント研修は、危険性の判断と被害に直面した際の対応方法、従業員へのケアに関する研修内容を記載すること。また、検討会議については、現場で活用可能な対策を考えられる体制になっていることを記載すること。
* 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 |

**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８）

|  |  |
| --- | --- |
| 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）