【様式１】

令和　　年　　月　　日

企　画　提　案　書

奈良県知事　山下真　様

住　　所

事業者名

代表者職氏名

　奈良県在宅歯科医療連携室運営事業委託業務公募型プロポーザル実施要領に基づき、企画提案書及び附属書類を提出します。

　（担当者連絡先）

　　　所属　　　　　：

　　　役職名　　　　：

　　　氏名　　　　　：

　　　電話番号　　　：

　　　ＦＡＸ番号　 ：

　　　メールアドレス：

|  |  |
| --- | --- |
| 附属書類 | 1. 実施（受託）希望者概要書（様式２）
2. 委託業務実施体制及び管理体制（様式３）
3. 類似業務受注実績（様式４）
4. 事業計画書（様式５）
5. その他参考資料（会社概要等）
 |