

(様式1)

令和7年 月 日

奈良県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者 職・氏名

働く人の健康づくり推進サポート事業に係る
公募型プロポーザル方式受託者募集 参加申込書

働く人の健康づくり推進サポート事業に係る公募型プロポーザルに参加します。なお、提出書類の記載事項については事実と相違なく、働く人の健康づくり推進サポート事業公募型プロポーザル実施要領の参加資格を全て満たすことを誓約いたします。

所在地	
名称	
担当者部署名	
担当者職氏名	
電話	
FAX	
E-mail	

(様式2)

事業者概要書

名称等	事業者名		
	代表者名		
	所在地 〒		
	連絡責任者職氏名		
	電話		
	FAX		
	E-mail		
設立年月	S・H・R 年 月	資本金 万円	従業員 人
主たる業務			
本業務の受注体制	委託業務実施に予定する作業人員		
	実人員 人 延べ人員 人日		
備考			

類似業務受注実績

受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			
受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			
受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			
受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			

受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			
受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			
受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			
受託事業		委託者名	
受託期間			
受託金額			
業務概要			

(様式4)

令和7年 月 日

奈良県知事 殿

所在地
名称
代表者 職・氏名

働く人の健康づくり推進サポート事業に係る公募型プロポーザルについて、企画提案
関係書類を下記のとおり提出します。

記

- ・委託業務実施体制（様式5）
- ・情報管理体制（様式6）
- ・企画提案書（様式任意）
- ・見積書（様式任意）

(様式5)

委託業務実施体制

分担 氏名 実務経験年数 年齢 保有資格	担当する業務	業務実績
統括責任者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		

分担 氏名 実務経験年数 年齢、保有資格	担当する業務	業務実績
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		
担当者 氏名 実務経験年数 年 年 年齢 歳 保有資格(名称及び分野) ・ ・		

様式6（任意）

情報管理体制（個人情報等）

※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

(様式7)

令和7年 月 日

働く人の健康づくり推進サポート事業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：_____

FAX：_____

E-mail：_____

質問事項（簡潔に記入してください）

(様式 8)

辞 退 届

年 月 日

奈良県知事 殿

事 業 者 名

所 在 地

代表者 職・氏名

働く人の健康づくり推進サポート事業公募型プロポーザル実施要領に基づき、書類を提出しましたが、下記のとおり辞退したいので届け出ます。

記

辞退理由：

(担当者連絡先)

所 属	
役職名	
氏 名	
電 話	
F A X	
E-mail	