

(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年度新人看護職員卒後研修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

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年度新人看護職員卒後研修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	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

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。

事業名	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

(様式4)

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	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

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	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

事業計画書

- ※新人看護職員（病院以外の新人看護職員を含む）の看護実践能力の基礎形成と、看護専門職業人としての責任・役割の理解が習得されるような研修内容を記載すること。
- ※新型コロナウイルス対策のため看護学校での現場実習の機会が平常時より減少している状況を踏まえ、新人看護職員のリアリティショックへの対応に配慮した研修内容を記載すること。
- ※新人看護職員を支える教育担当者等の指導力向上が効果的に達成されるような研修内容となっているか。
- ※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計画を記載すること。併せて収容上限となる定員を示すこと
- ※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	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

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

※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。

(様式8)

事業名	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

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。

(様式9)

事業名	新人看護職員卒後研修事業
-----	--------------

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）