

(様式1)

年 月 日

参加申込書

奈良県知事 山下 真 様

住 所

事業者名

代表者職氏名

印

令和6年度 医療機能再編支援業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、参加
申込書を提出します。

なお、同実施要領「3 参加資格等」をすべて満たしていることを誓約します。

(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 : _____

(様式2)

事業者概要書

名称および商号		
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	事業全体：	百万円（ 年度）
常勤従業員数	事務系： 名 技術系： 名 その他： 名	合計： 名
本事業に 関連する 有資格者数		
事業内容		
その他特記事項	※共同事業者は、本業務にかかる役割分担を記載すること。	

※業務案内（リーフレット等）を添付すること。

(様式3)

同種業務の実施実績

〈国・地方公共団体発注分〉

発注者	
業務の名称	
業務実施期間 (年月日)	年 月 日 ~ 年 月 日
契約額 (単価契約場合、実績額)	円
実施した 業務の概要	

発注者	
業務の名称	
業務実施期間 (年月日)	年 月 日 ~ 年 月 日
契約額 (単価契約場合、実績額)	円
実施した 業務の概要	

〈その他の機関発注分〉

発注者	
業務の名称	
業務実施期間 (年月日)	年 月 日 ~ 年 月 日
契約額 (単価契約場合、実績額)	円
実施した 業務の概要	

※公告日から過去5年以内の実績について記入すること。

※実績を証明できる書類（契約書等）の写しを添付すること。

※同種業務が多数ある場合は、同規模の契約について5件程度を選定して差し支えない。

(様式4)

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

印

令和6年度医療機能再編支援業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、
企画提案書及び付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 : _____

(様式5)

配 置 要 員 経 歴
(統括責任者・業務責任者用)

	担当分野
氏名	
所属・役職	
生年月日	年 月 日生まれ (歳)
経歴	
経験年数	年 (内、同種業務経験 年)
資格	(資格名、部門、取得年月日等)
業務経歴	(業務名、発注者、完了年月等)
主な担当業務 (R○.○.○現在)	(業務名、発注者、履行期限、契約金額)
その他	(研究実績、出版、講師歴、その他アピール)

※所属・役職欄に会社名は記入しないこと。

(様式6)

配 置 要 員 経 歴 (担当者用)

		担当分野	
氏名			
所属・役職			
経歴			
経験年数	年 (内、同種業務経験 年)		
資格	(資格名、部門、取得年月日等)		
主な業務実績	(業務名、発注者、完了年月等)		

		担当分野	
氏名			
所属・役職			
経歴			
経験年数	年 (内、同種業務経験 年)		
資格	(資格名、部門、取得年月日等)		
主な業務実績	(業務名、発注者、完了年月等)		

		担当分野	
氏名			
所属・役職			
経歴			
経験年数	年 (内、同種業務経験 年)		
資格	(資格名、部門、取得年月日等)		
主な業務実績	(業務名、発注者、完了年月等)		

※「担当者」について記入すること。複数枚（4名以上）にわたる場合は、様式番号に枝番をつけること。

※所属・役職欄に会社名は記入しないこと。

(様式 7)

業務実施体制表

県内病院の医療提供状況等分析業務：仕様書 3 (1)			
業務責任者	担当者		

機能再編を行う病院への支援業務：仕様書 3 (2)			
業務責任者	担当者		

病院間連携を行う病院への支援業務：仕様書 3 (3)			
業務責任者	担当者		

課題整理セッションの実施業務：仕様書 3 (4)			
業務責任者	担当者		

統括責任者

統括責任者：業務全体の指揮監督を行う者
業務責任者：業務ごとに遂行に必要な指導監督を行う者

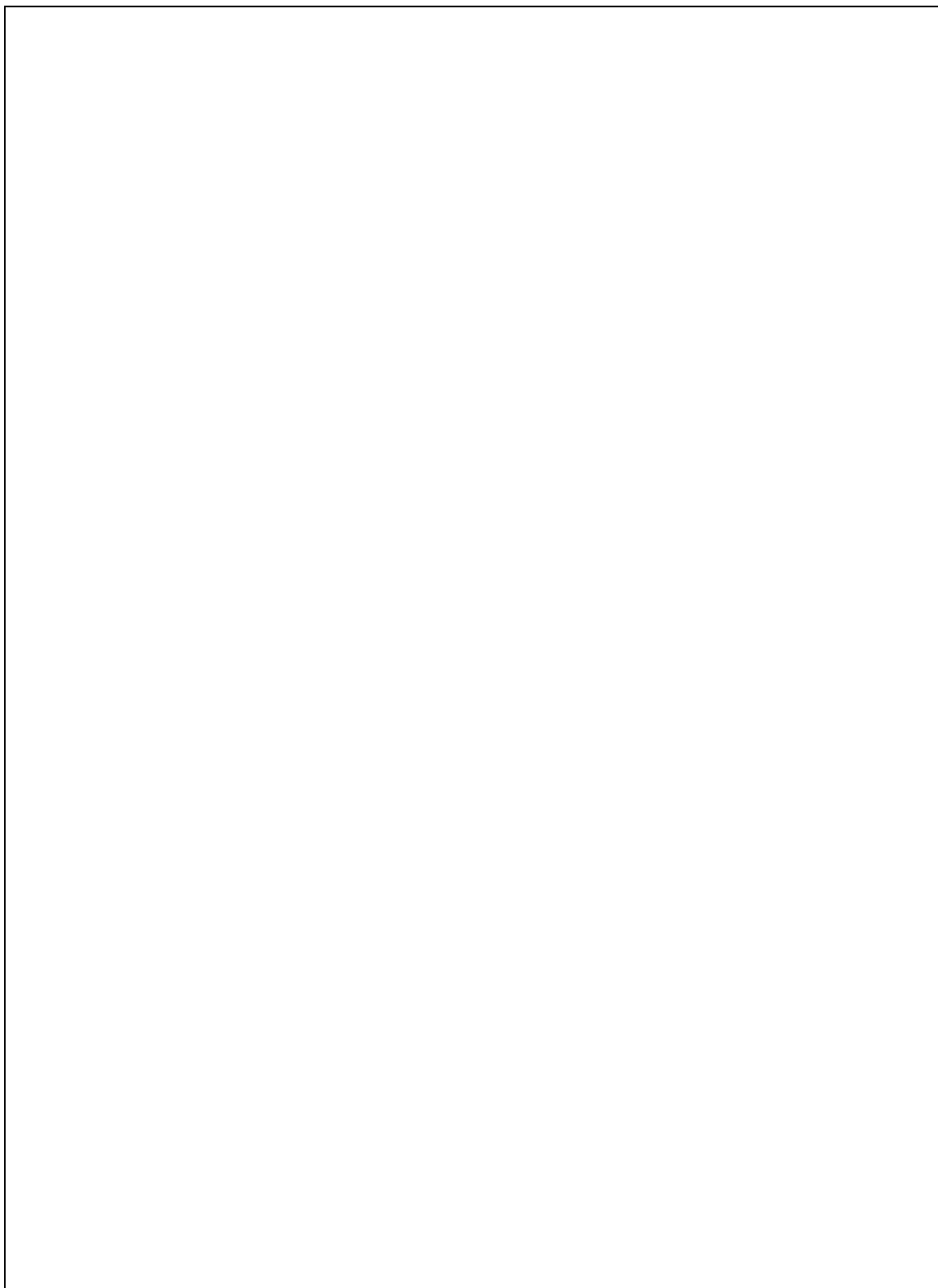
※交替する場合にはあらかじめ奈良県と協議すること。

(記載上の注意)

- ・適宜枠を追加してください。
- ・当該様式を使用せず、任意様式でも提出可能です。

(様式8)

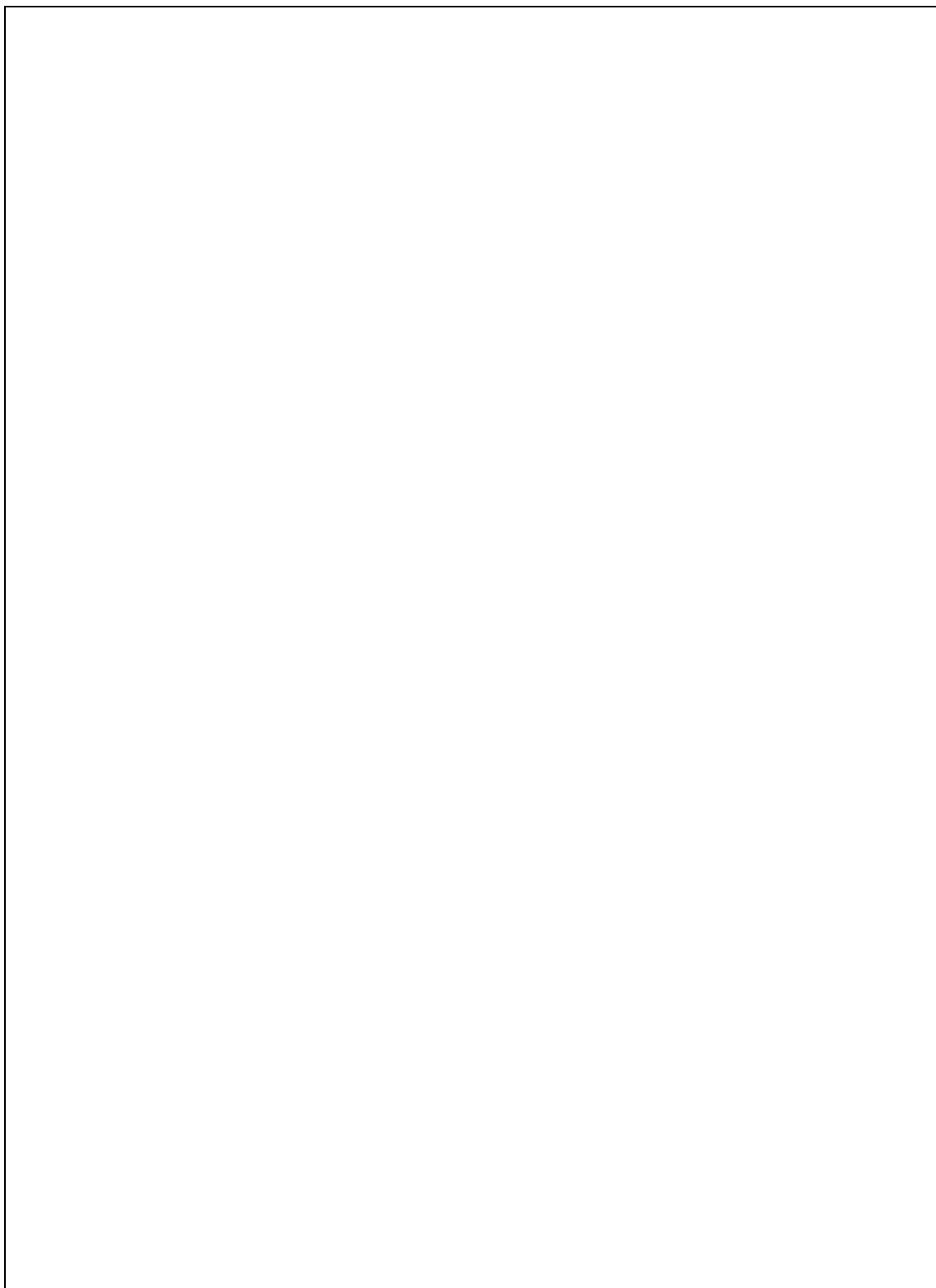
業務のスケジュール及び個人情報保護等情報管理体制



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式9)

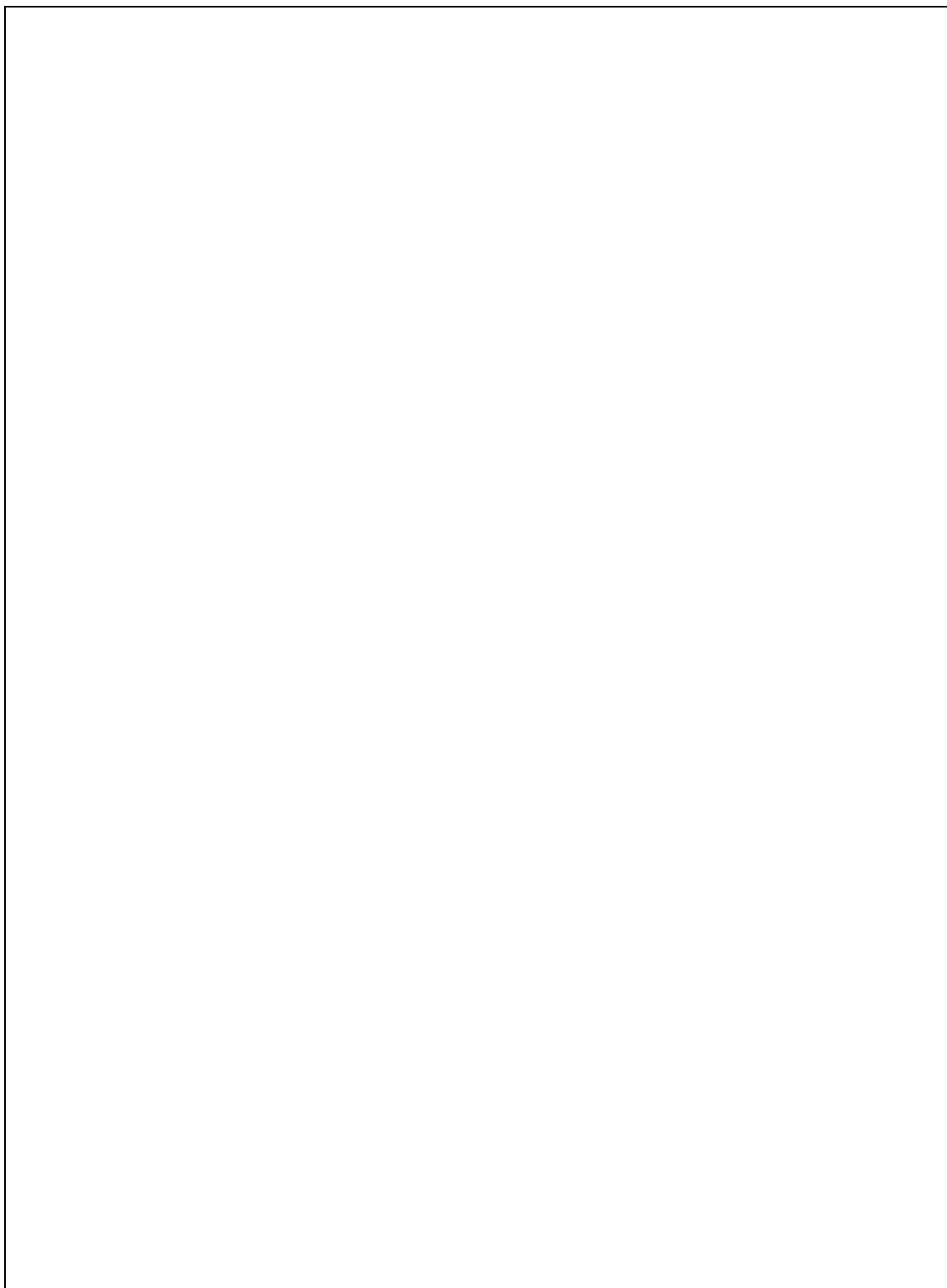
「県内病院の医療提供状況等分析業務」の提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式10)


「機能再編を行う病院への支援業務」の提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式 1 1)

「病院間連携を行う病院への支援業務」の提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式12)

見積書

事業者： _____

仕様書番号	項目	単位	数量	単価	金額(円)	備考
3(1)①	県内医療機関における入院・外来医療提供状況及び需要分析	式	1		0	固定経費部分
3(1)②	救急患者の受入状況分析	式	1		0	
3(1)③	医療機能再編・病院間連携に向けた研修会の開催	式	1		0	
計					0	
3(2)①	個別経営コンサルティング	枠	1		0	単価契約
3(2)②	機能再編プラン作成支援	枠	1		0	単価契約
3(2)③	機能再編実行計画作成支援	枠	1		0	単価契約
計					0	
3(3)①	連携方法の検討支援	枠	3		0	単価契約
3(3)②	連携協議の支援	枠	5		0	単価契約
3(3)③	連携体制の構築支援	枠	1		0	単価契約
計					0	
3(4)	課題整理セッションの実施業務	枠	3		0	単価契約
計					0	
合計(税抜)					0	
消費税相当額 10%					0	
合計(税込)					0	

※合計(税込)は委託上限額22,704,000円を超えないこと。

※「固定経費部分」については、6,600,000円(税抜)を超えないこと。

(様式13)

年 月 日

質 問 票

住所

事業者名

代表者職氏名

※箇条書きで、簡潔に記載すること。