

(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7年度「面倒見のいい病院」機能強化推進事業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、同要領「3 参加資格等」を全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

名称及び商号		
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		

※業務案内（リーフレット等）を添付すること。

(様式3)

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	
実施した 業務の概要	

発注者	
業務の名称	
業務実施期間	
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	
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。

(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7年度「面倒見のいい病院」機能強化推進事業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 _____ : _____

(様式5)

配 置 要 員 経 歴

(総括責任者用)

		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 7. 〇. 〇現在)	(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)		

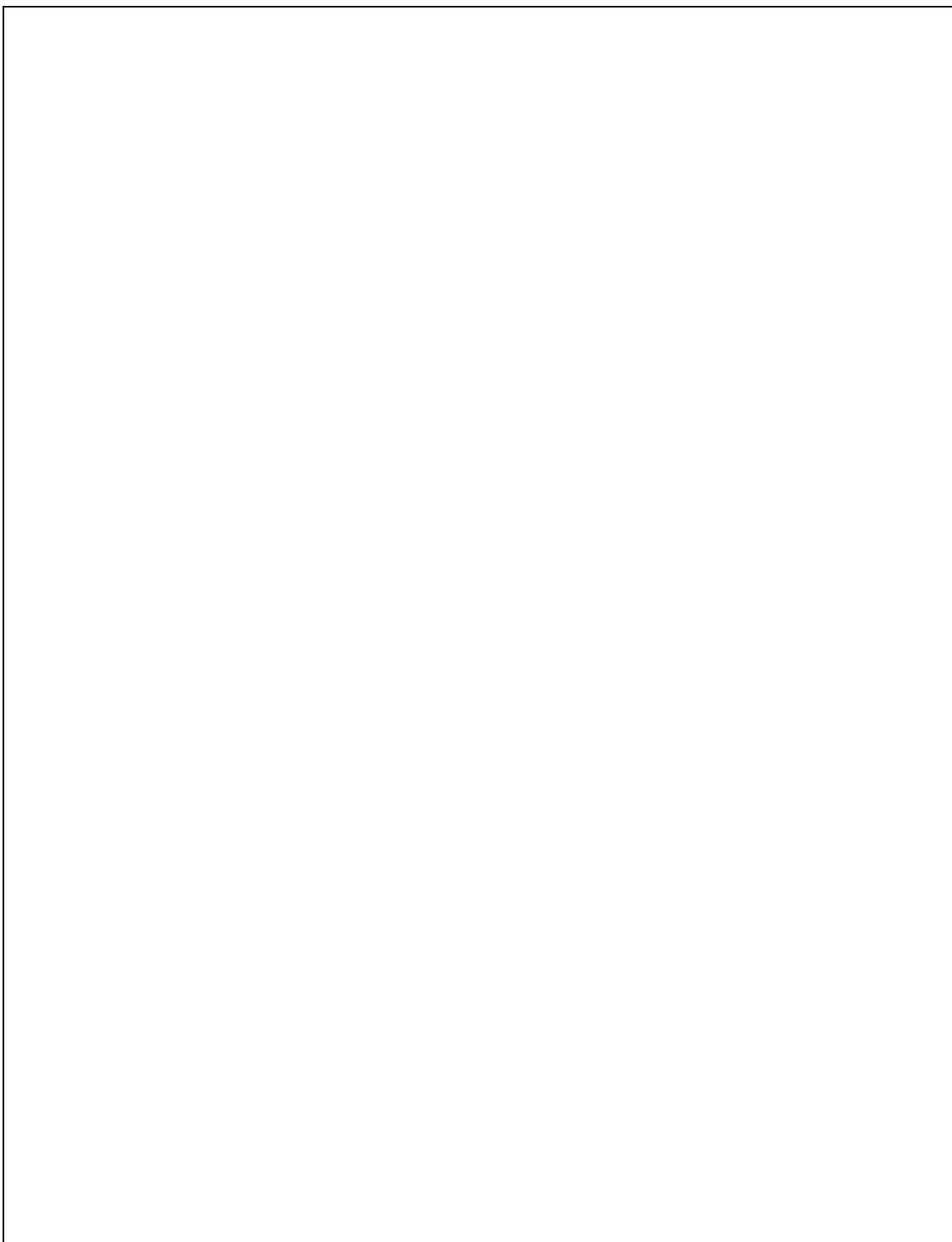
		担当分野	
氏名			
所属・役職			
経歴			
経験年数	年 (内、同種業務経験 年)		
資格	(資格名、部門、取得年月日等)		
主な業務実績	(業務名、発注者、完了年月等)		

※「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)

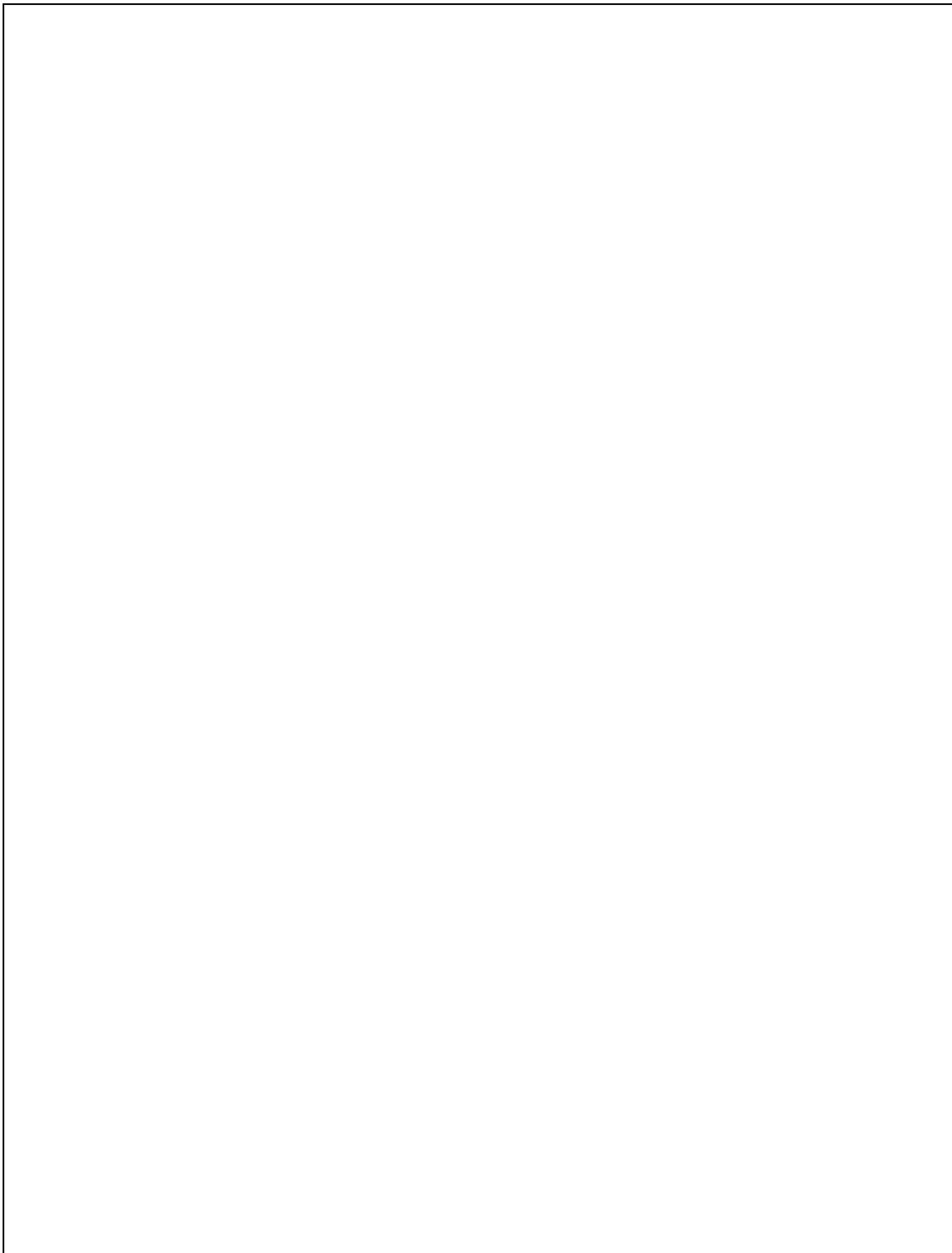
業務のスケジュール及び個人情報保護等情報管理体制



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式8)

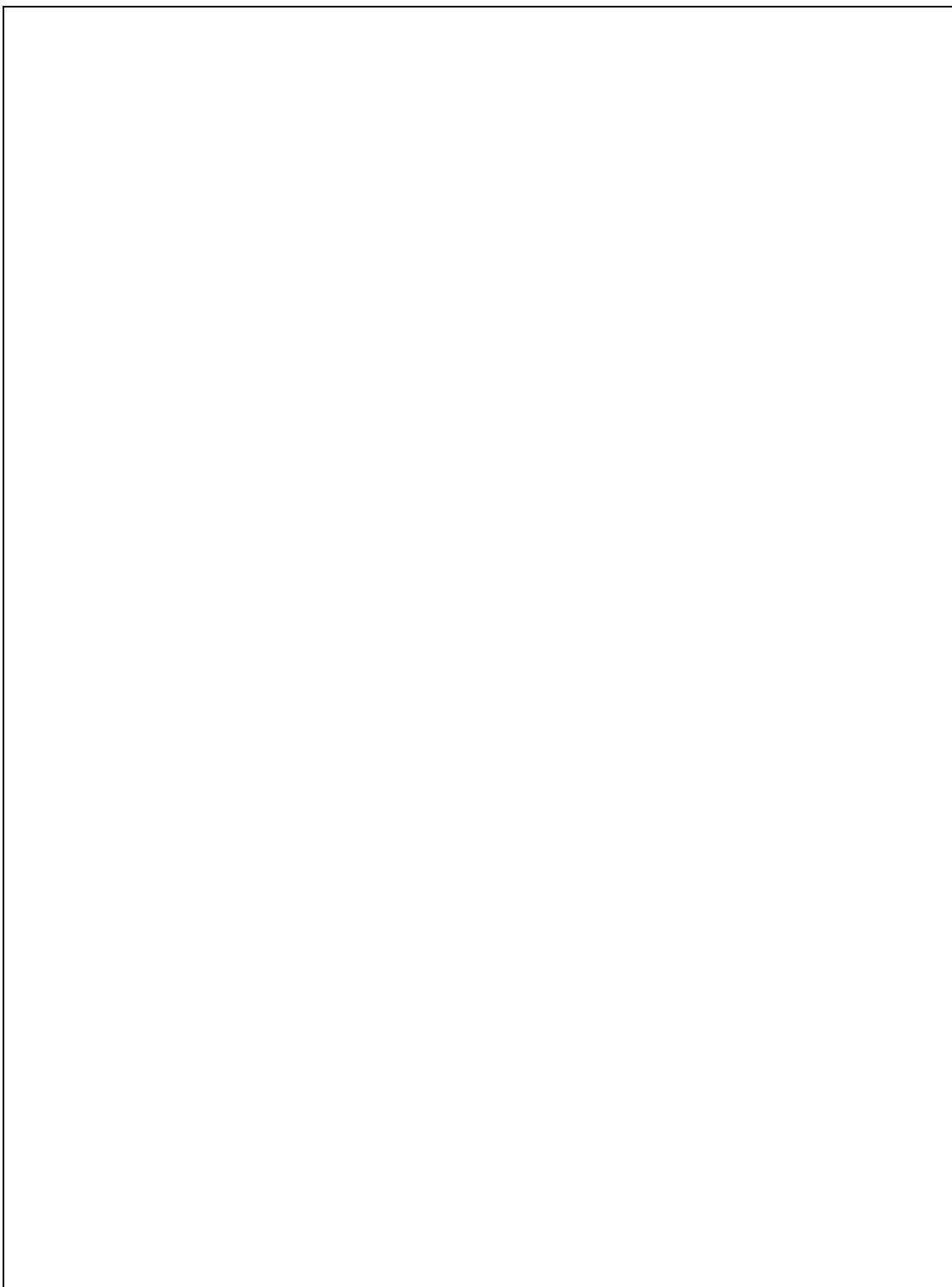
「面倒見のいい病院」のコンセプト等に関する提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式9)

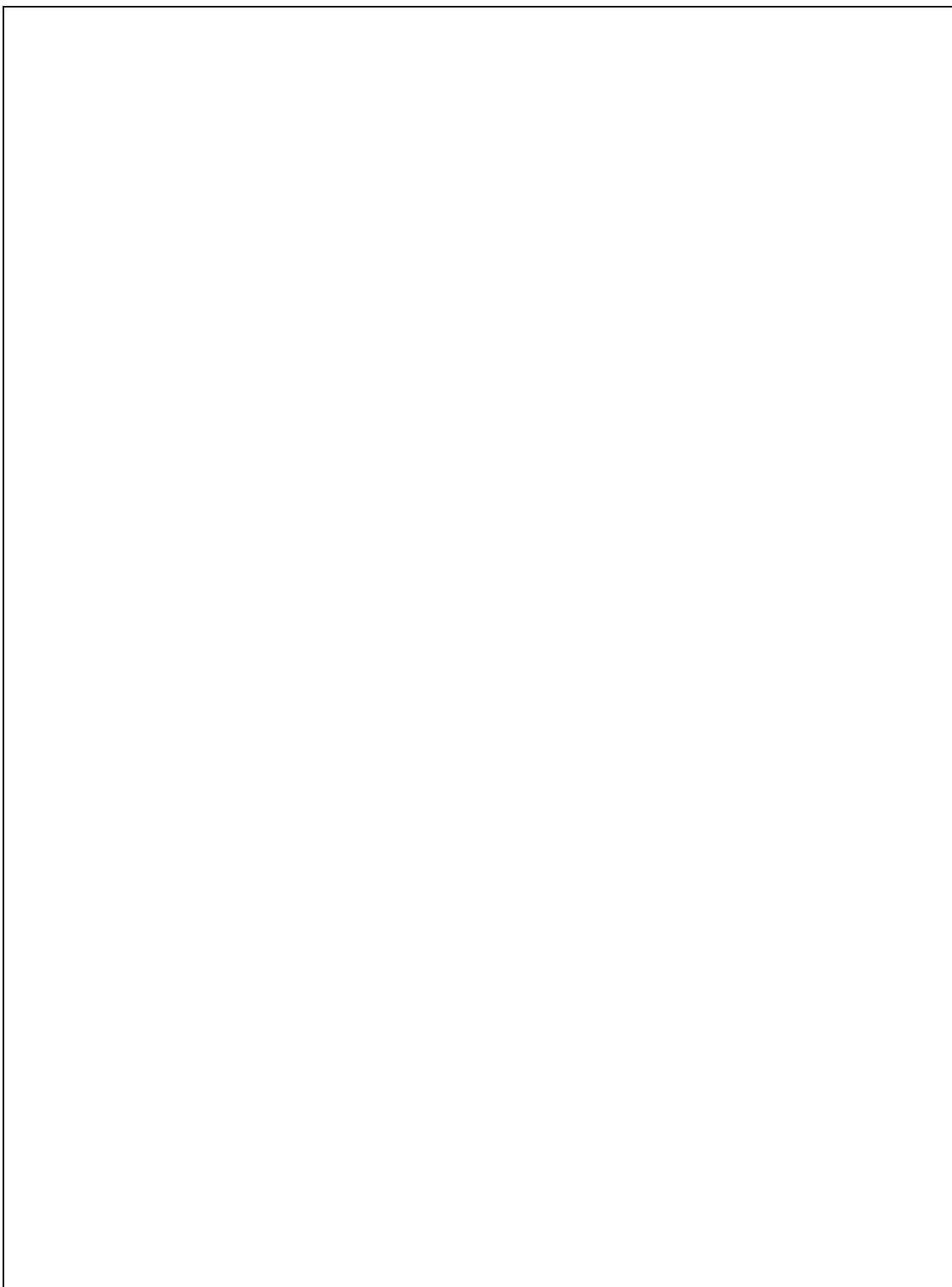
病院関係者への浸透・病院での活用に関する提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式10)

リーフレットに関する提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

見積書

奈良県知事 殿

事業者名

所在地

代表者名

令和7年度版「面倒見のいい病院」機能強化推進事業

項目	単価	数量・件数	金額
指標検討会の開催支援、事業コンセプトの再検討		1	-
令和7年度版「面倒見のいい病院」機能の「見える化指標」の作成		1	-
指標のフィードバック資料の作成		1	-
県内病院での指標の活用状況アンケートの実施		1	-
事例ペーパーの作成		1	-
シンポジウムの開催		1	-
リーフレットの作成		1	-
諸経費			
小計（税抜）			-
消費税（10%）			-
合計（税込）			-

※1円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てた金額とする。

発行責任者	
担当者	
連絡先	

(様式12)

令和 年 月 日

質 問 票

住所

事業者名

代表者職氏名

担当者職氏名

担当者連絡先

(令和7年度「面倒見のいい病院」機能強化推進事業業務委託)

※箇条書きで、簡潔に記載すること。