

(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

令和8年度新たな地域医療構想等に係る調査・分析等業務委託公募型プロポーザル実施説明書に基づき、参加申込書を提出します。

なお、同説明書「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。

※医療分野における調査・分析に関する業務（調査・分析を伴う、コンサルティング業務や計画策定業務を含む）の実績について記載すること。

※国又は地方公共団体（国又は地方公共団体が設立する独立行政法人も含む。）を相手方とした契約を1件以上含むこと。

※3件を上限とし、様式が複数枚にわたる場合は、様式番号に枝番をつけること。

※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

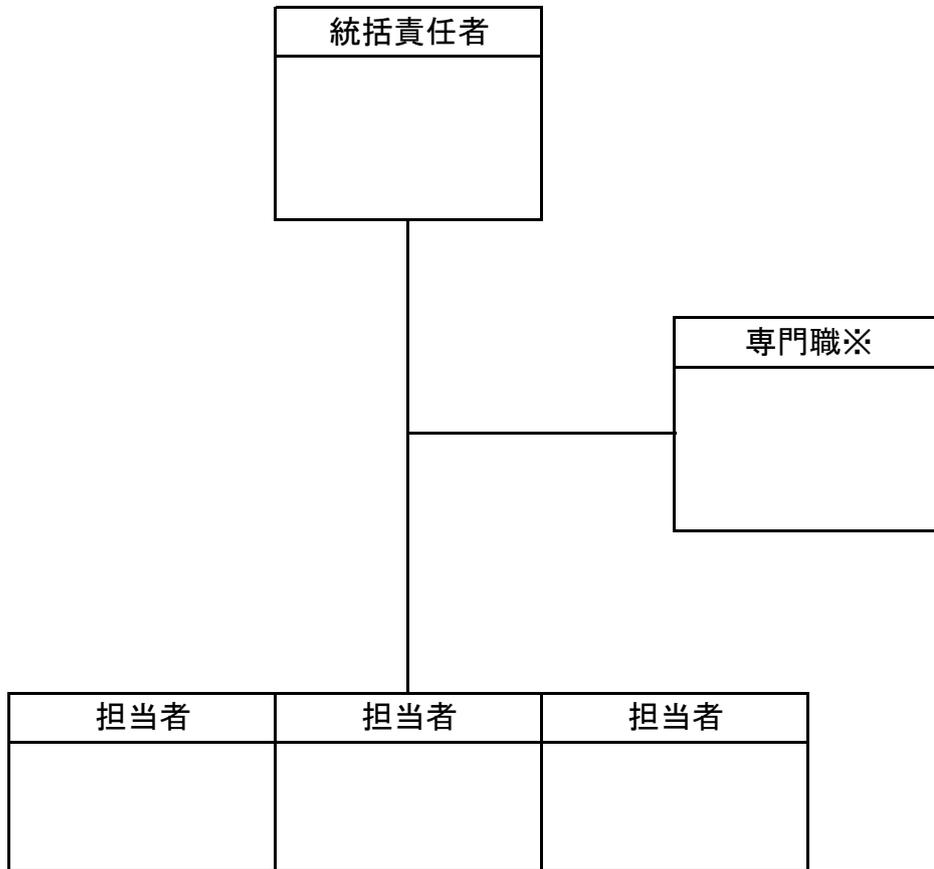
令和8年度新たな地域医療構想等に係る調査・分析等業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、企画提案書及び附属書類を提出します。

(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5-1)

業務実施体制表



※専門職は他の役割と兼務可能

(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5-2)

配置要員経歴

(専門職用)

	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〇.〇.〇現在)	(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5-3)

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〇.〇.〇現在)	(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5-4)

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6)

新たな地域医療構想策定に向けた提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式7)

見積書

仕様書番号	項目	単位	数量	単価	金額(円)	備考
(1) ①ア	構想区域ごとの現状把握	式	1		0	
(1) ①イ	評価及び課題仮説と解決の方向性の検討	式	1		0	
(1) ①ウ	構想区域の再編検討	式	1		0	
(1) ②	検討委員会の運営補助	式	1		0	
(1) ③	奈良県地域医療構想(案)原稿データの作成	式	1		0	
計					0	
(2) ①	指定領域ごとの現状把握	式	4		0	
(2) ②	医療計画中間見直し(案)原稿データの作成	式	1		0	
計					0	
合計(税抜)					0	
諸経費					0	
消費税相当額 10%					0	
合計(税込)					0	

(様式8)

令和 年 月 日

質 問 票

事業者名			
代表者氏名			
担当者ご所属		担当者役職名	
担当者氏名		担当者電話番号	
担当者メールアドレス			

※簡条書きで、簡潔に記載すること。