

(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 医療機能分化・連携促進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

令和8年度 医療機能分化・連携促進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)		
現在の主な担当業務	(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)		

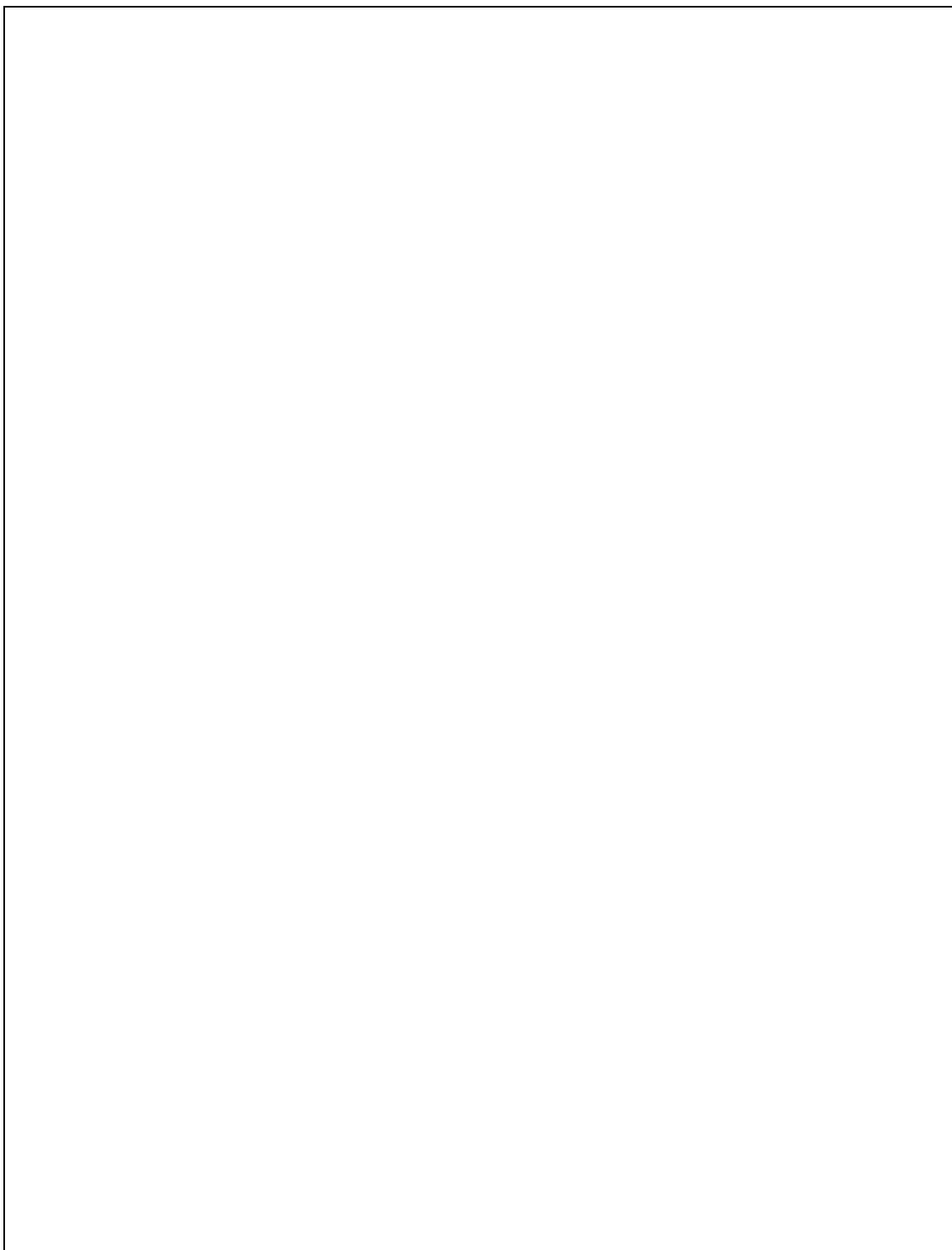
		担当分野	
氏名			
所属・役職			
経歴			
経験年数	年 (内、同種業務経験 年)		
資格	(資格名、部門、取得年月日等)		
主な業務実績	(業務名、発注者、完了年月等)		

※「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)

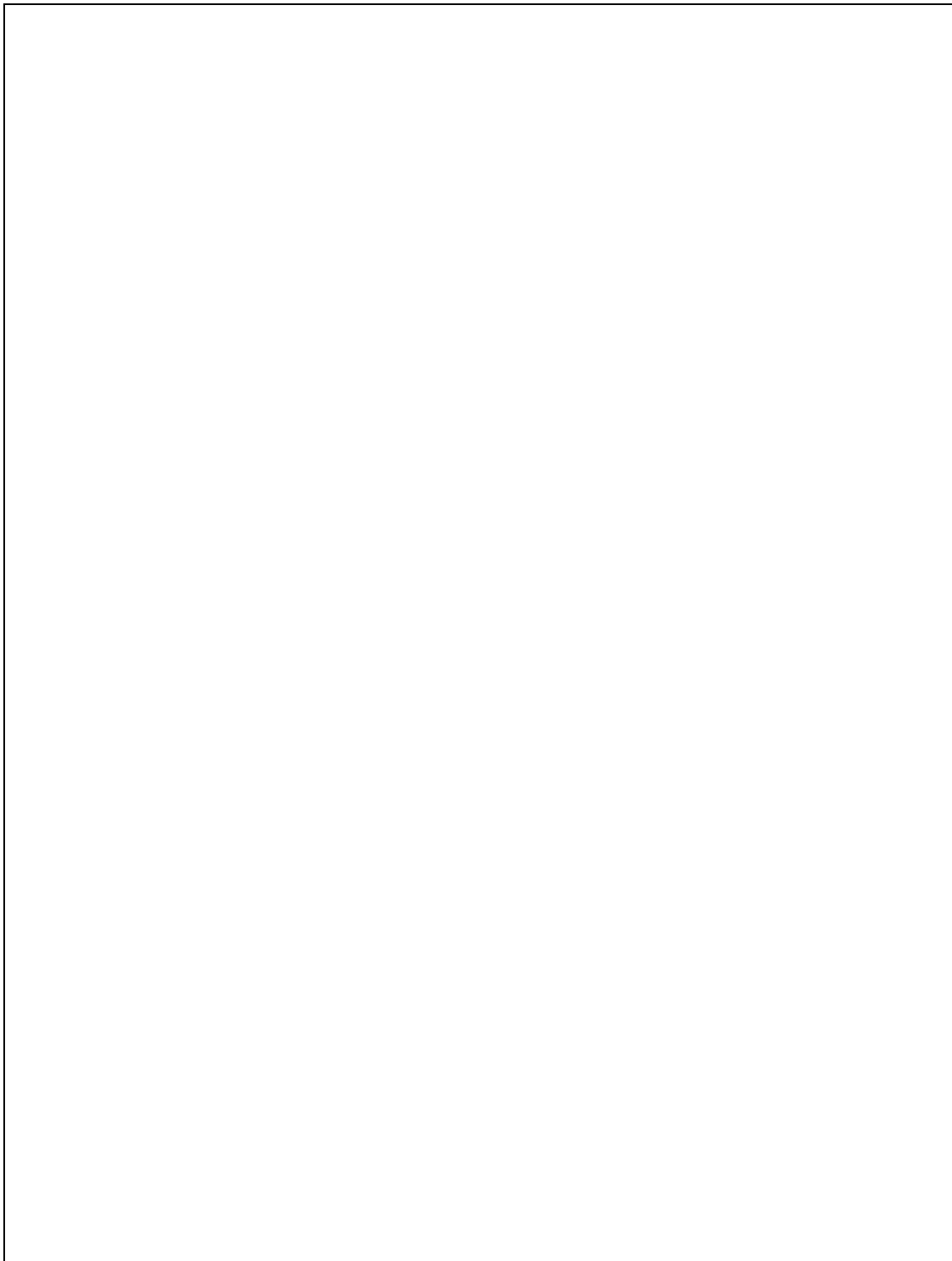
業務のスケジュール及び個人情報保護等情報管理体制



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式8)

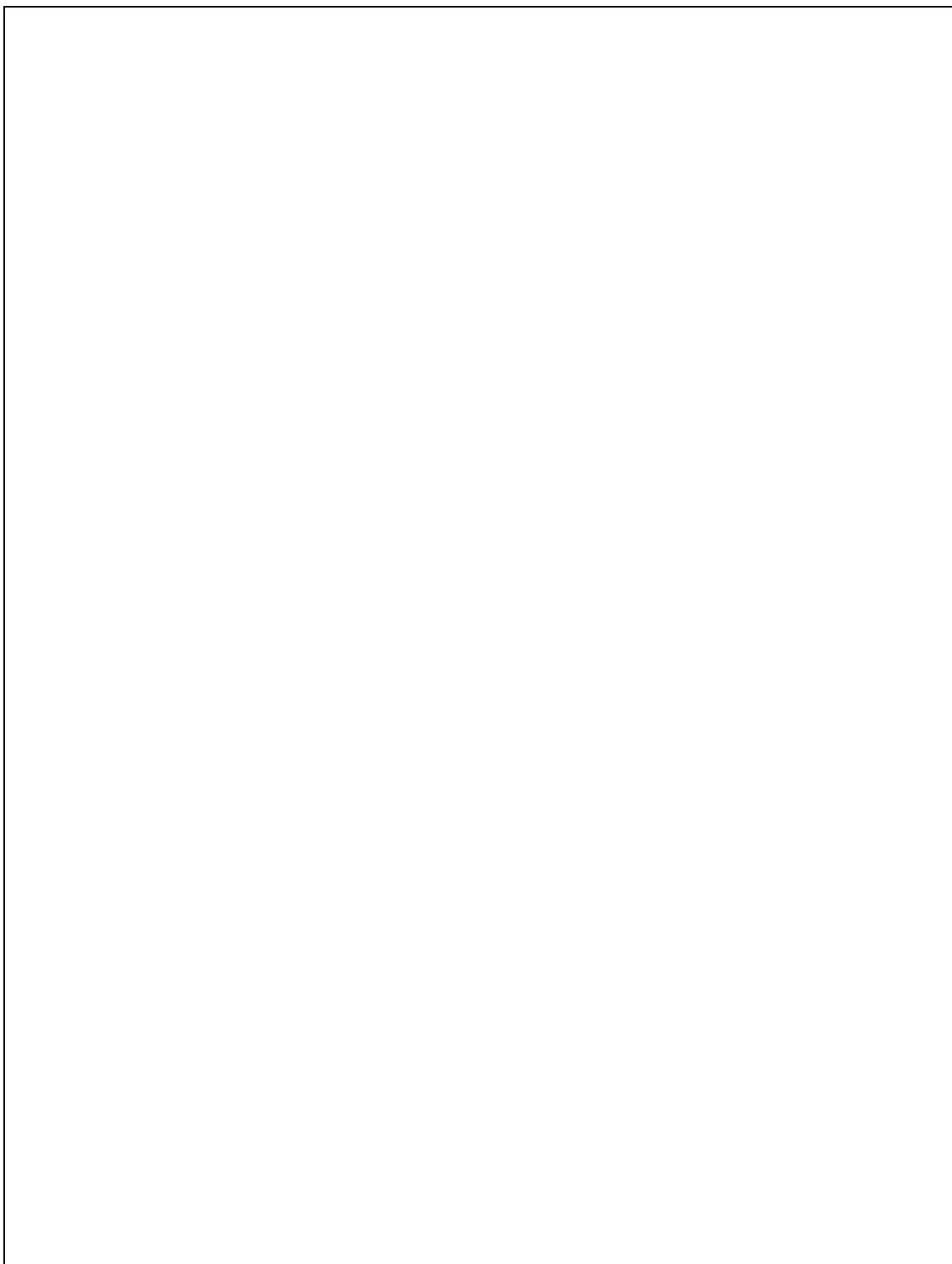
令和9年度以降の「新たな『面倒見のいい病院』見える化指標」の検討に関する提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式9)

「機能再編・連携強化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10)

「地域における実務担当者意見交換会運営支援業務」の提案

A large empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the main content of the proposal.

※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

# 見積書

年 月 日

業務名：

業者名 \_\_\_\_\_

分類	項目	単位	数量	単価	金額(円)	備考
「面倒見のいい病院」機能向上事業	令和9年度以降の「新たな『面倒見のいい病院』見える化指標」の検討について	式	1		0	
	指標検討会の開催支援	式	1		0	
	令和8年度版「面倒見のいい病院」機能の「見える化」指標の作成	式	1		0	
	指標のフィードバック資料の作成	式	1		0	
計					0	
「面倒見のいい病院」機能強化推進事業 小計(税抜き)					0	
「面倒見のいい病院」機能強化推進事業 消費税相当額					0	
「面倒見のいい病院」機能強化推進事業 小計(税込み) A					0	
医療機能再編	機能再編・連携強化を行う病院への支援業務(機能再編案作成)	枠	3		0	単価契約
	機能再編・連携強化を行う病院への支援業務(機能再編プラン作成)	枠				単価契約
医療機能再編 小計(税抜き)					0	
医療機能再編 消費税相当額					0	
医療機能再編 小計(税込み) B					0	
連携支援	地域における実務担当者意見交換会運営支援業務	式	1		0	
連携支援 小計(税抜き)					0	
連携支援 消費税相当額					0	
連携支援 小計(税込み) C					0	
合計(税込み) A+B+C					0	

(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8年度 医療機能分化・連携促進業務委託)

※箇条書きで、簡潔に記載すること。

奈良県知事 殿

所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名  
連絡先(電話)

## 電子契約同意書兼メールアドレス確認書

下記案件に係る契約については、発注者が指定する電子契約サービスを利用して契約を締結することに同意します。なお、契約内容の確認を行う者及び利用するメールアドレスは、次のとおりです。

## 1 案件名(業務名、工事名等)

--

## 2 契約内容の確認者及びメールアドレス

下に記載の順番で、電子契約サービスから契約書の内容確認依頼メールが届きます。

【担当者】※不在の場合は空欄にしてください。

メールアドレス	
氏名	

【最終確認者】※契約締結権者又は契約締結権者から契約の締結を委任された者を記載してください。

メールアドレス			
氏名		役職	

※担当者及び最終確認者はそれぞれ異なるメールアドレスを指定してください。

※フリーメールアドレスはお控えください。

※利用するメールアドレスについては、外部からのメール<クラウドサイン: support@cloudsign.jp >を受信できるよう設定をお願いします。

## 【留意事項】

- ・電子契約を希望する場合は、本書を「Word形式」のまま提出してください。
- ・入札公告等で指定する方法により、提出してください。なお、落札決定前に提出する場合、提出のあった本書は落札者のもののみ有効として取り扱いますので、ご了承ください。

## &lt;建設工事請負契約の場合&gt;

建設工事請負契約においては、次の条件に基づき、建設業法第19条第1項及び第2項の規定による書面の交付に代えて電磁的措置を講ずる方法により実施することについて、相互に承諾するものとします。

なお、本承諾後であっても、電磁的措置を講ずる方法により実施することを撤回する旨の申出があった場合、申出以降の建設工事の請負契約については書面を交付することとします。

## ① 電磁的措置の種類

コンピュータ・ネットワーク利用の措置

## ② 電磁的措置の内容、ファイルへの記録の方式

電子契約サービスを通じて、送信者がPDFファイル形式の書類をアップロードし、契約当事者が同意することにより、電子認証局サービスが提供する電子証明書を利用した電子署名を付加し、電子メール、サーバー上からダウンロード等により記録する方法等