

(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7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 \_\_\_\_\_ :

F A X 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、本業務に係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7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  
(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・連携強化を行う病院への支援業務：仕様書 3 (2)

業務責任者	担当者		

### 地域医における医療提供連携支援業務：仕様書 3 (3)

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

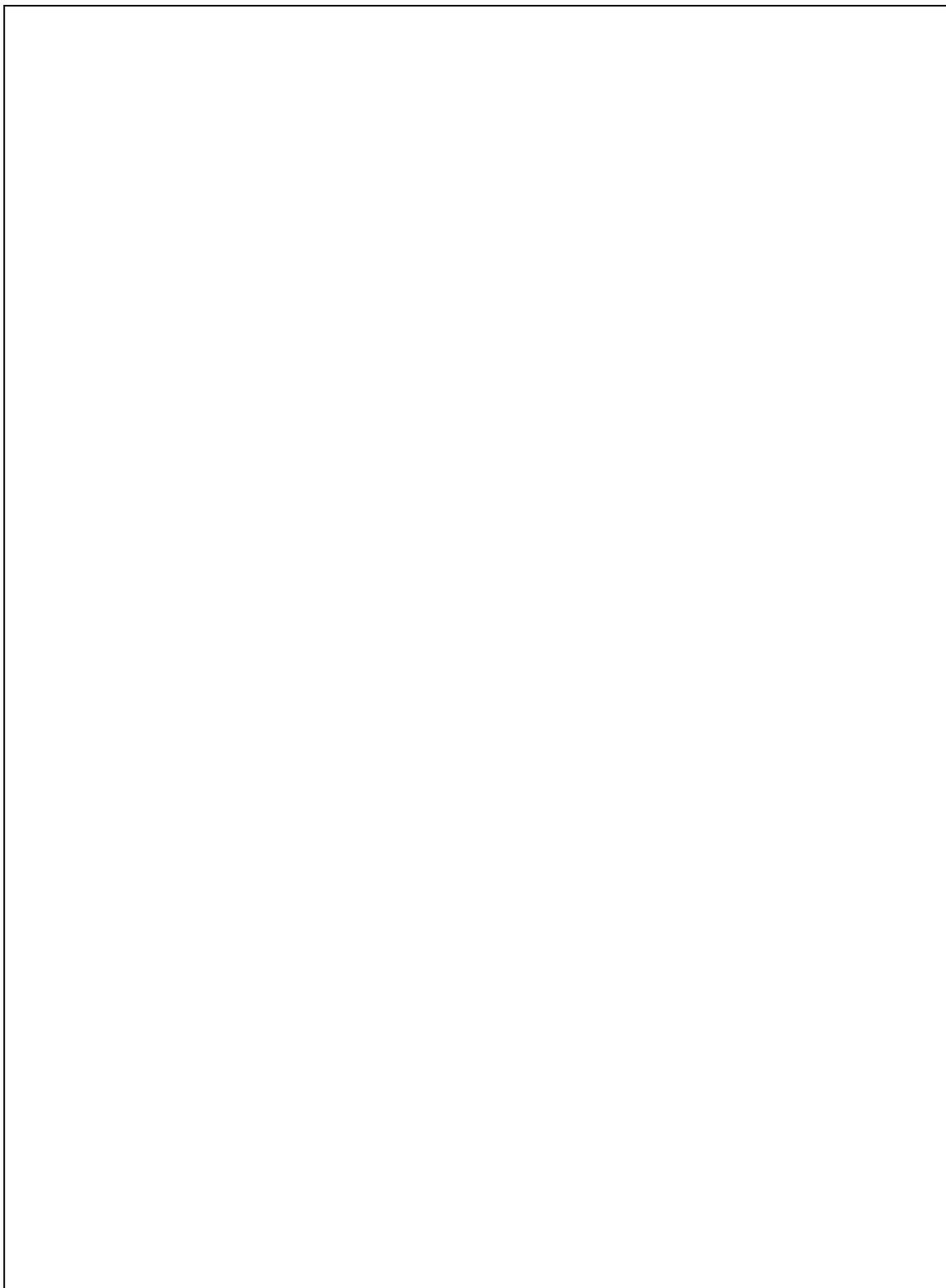
※交替する場合にはあらかじめ奈良県と協議すること。

(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)

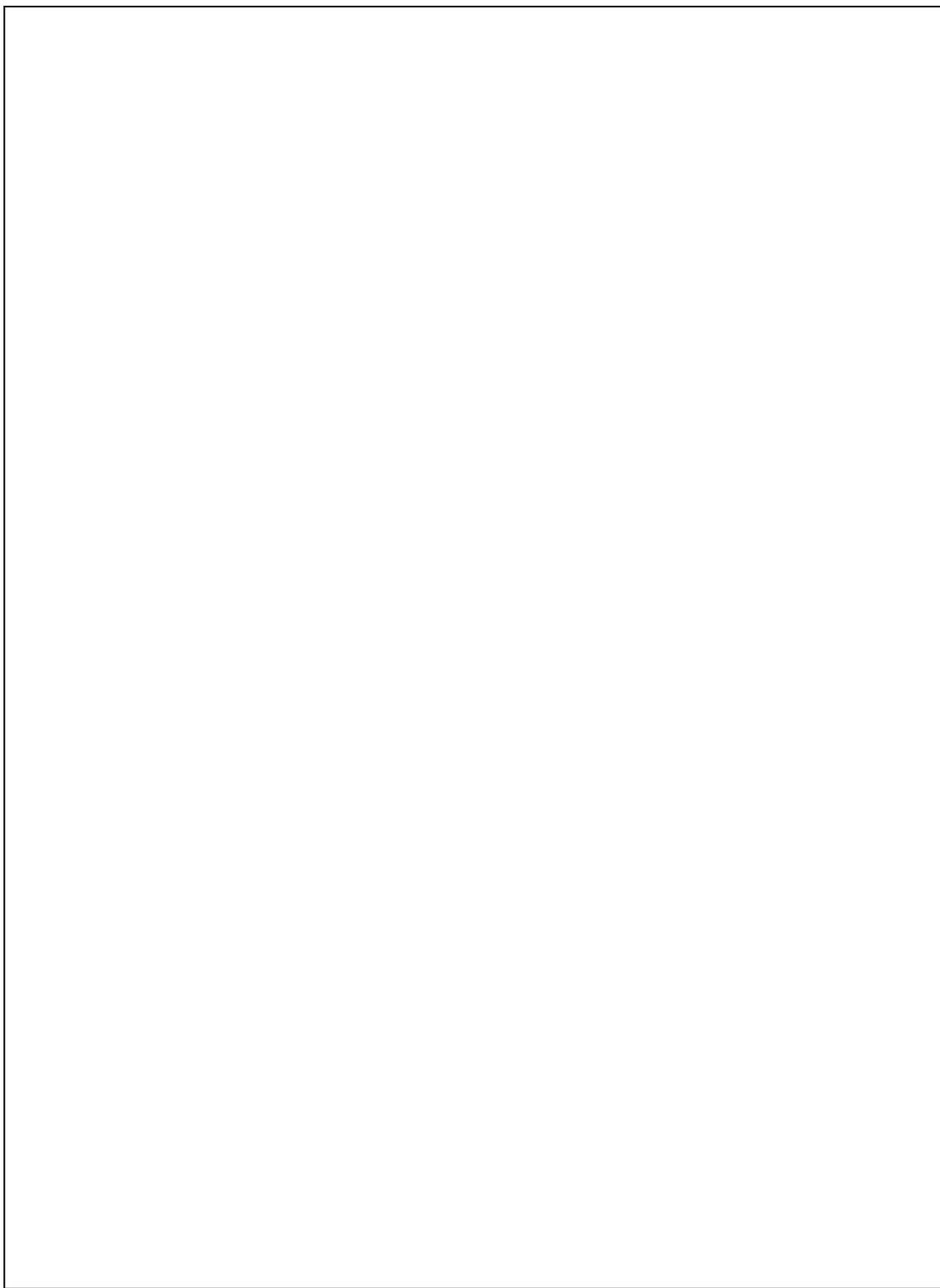
業務のスケジュール及び個人情報保護等情報管理体制



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式 9)

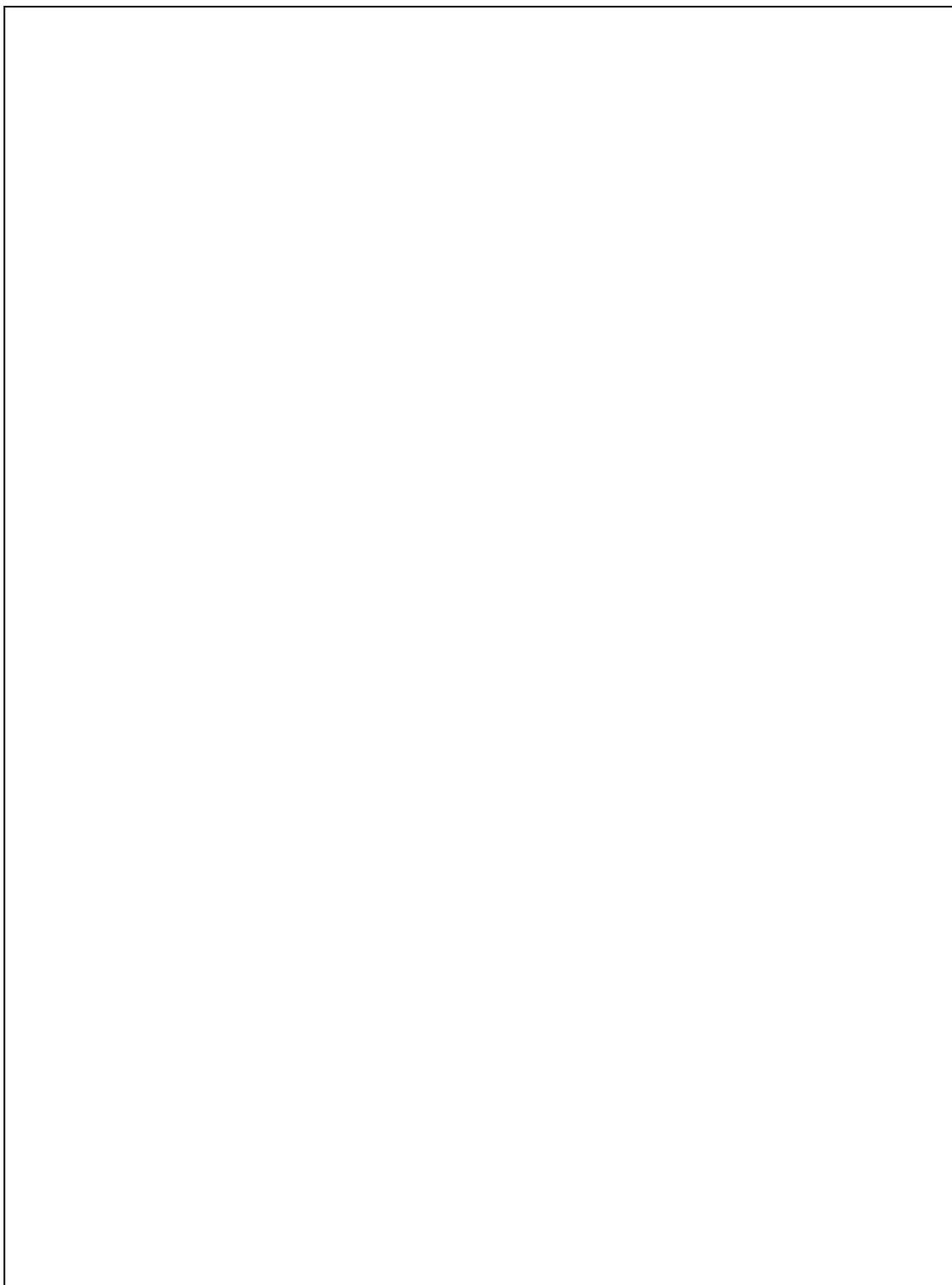
「県内の医療提供状況等分析業務」の提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式10)

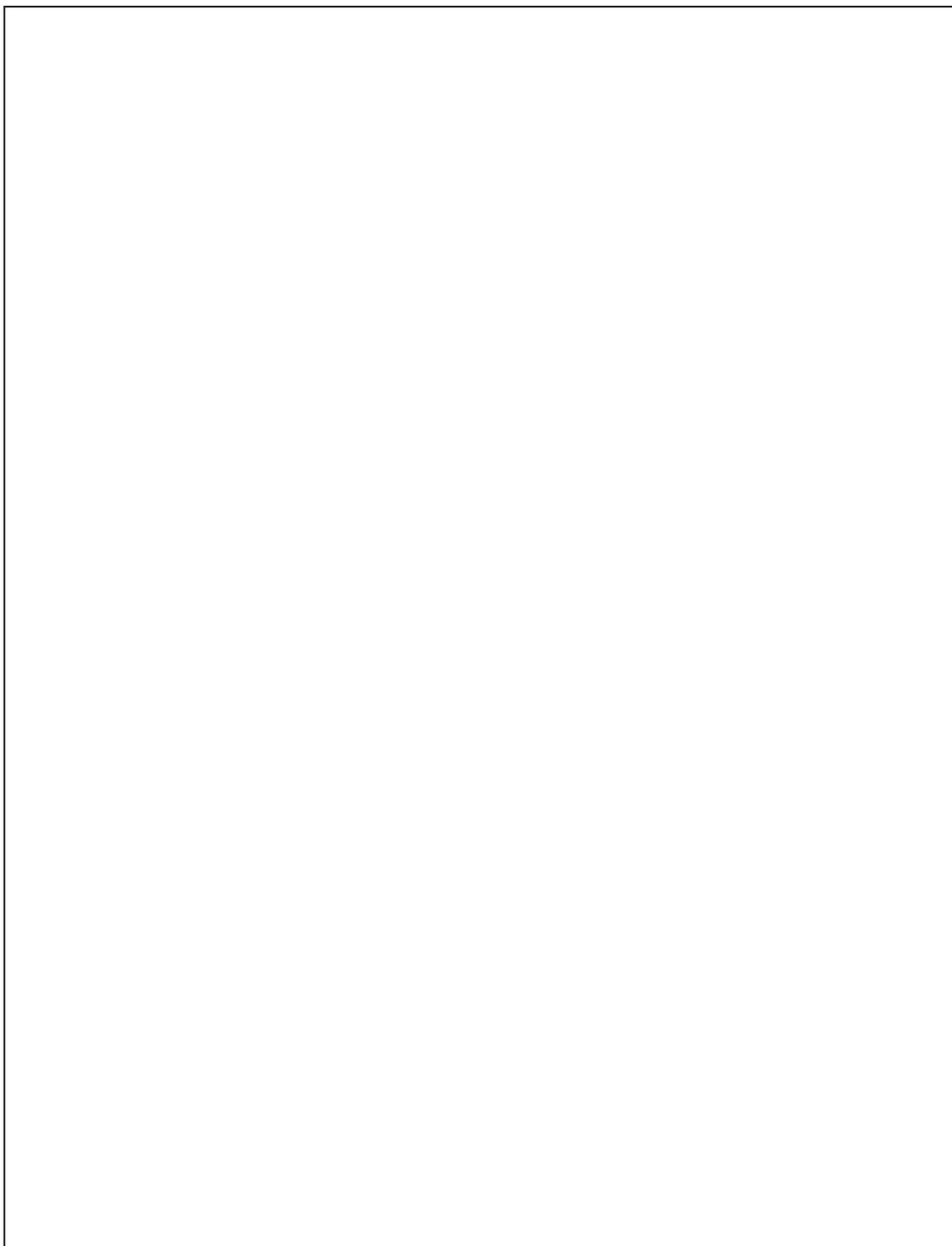
「機能再編・連携強化を行う病院への支援業務」の提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

(様式 1 1)

「地域における医療提供連携支援業務」の提案



※枚数に応じて、様式番号に枝番をつけること。

# 参考見積書

業務名：令和7年度医療機能再編支援業務

業者名 \_\_\_\_\_

分類	項目	単位	数量	単 価	金 額 (円)	備考
医療機能再編	県内の医療提供状況等分析業務	式	1		0	
	奈良県地域医療構想実現に向けた研修会の開催	式	1		0	
計					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	5		0	単価契約
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（機能再編プラン作成）	枠				単価契約
計					0	
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） A					0	
連携支援	地域における医療提供連携支援業務	枠	1		0	
計					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） B					0	
合計（税込み） A + B					0	

(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。