令和８年　　月　　日

令和８年度神奈川県脳卒中・心臓病等総合支援センター事業業務委託に係る

企画提案書

神奈川県知事　黒岩　祐治　殿

所在地

事業者名

代表者（職・氏名）

　このことについて、別添のとおり提出します。

　提出部数　６部（１部のみ正本、５部は複写可）

（責任者）

　　所属

役職名

　氏名

　　　電話番号

　　　メールアドレス

（担当者）

　　所属

役職名

　氏名

　　　電話番号

　　　メールアドレス

団体概要書

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | |
| 所在地 | 本社等 |  |
| 本業務を受託する事務者等（上記と異なる場合に記載） |  |
| 創設・開設年 |  | |
| 常勤職員数 | 名 | |
| 業務内容 | （本委託業務に関連する業務内容は記載してください） | |
| 個人情報保護の体制 | （具体的に記載してください） | |
| 国、県、市町村との関係 | （受託実績等を記載してください） | |
| その他特記事項 |  | |

※　本提案用紙内の区切り線は目安です。記載欄内で上下に移動させて、各項目の文字数を調整することは可能です。複数ページにわたる場合は２ページを限度とします。

受託事業等実績一覧

＜相談窓口業務の類似事業＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業名 | 発注者  （自主運営は  記載省略） | 受託期間 | 概要 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

＜地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修・勉強会事業＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業名 | 発注者  （自主運営は  記載省略） | 受託期間 | 概要 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

※１　最近５年間のうち、各業務に類似した事業について、それぞれできる限り多く記載してください。

※２　各業務に類似した事業を受託したことが分かるチラシ等を添付してください。なお、相談窓口業務に関するチラシ等がない場合は添付を省略できます。

※３　記載は、無償によるものでも構いません。

※４　本提案用紙内の区切り線は目安です。記載欄内で上下に移動させて、各項目の文字数を調整することは可能です。複数ページにわたる場合は４ページを限度とします。

令和８年　　月　　日

令和８年度神奈川県脳卒中・心臓病等総合支援センター事業業務委託見積書

神奈川県知事　黒岩祐治　殿

所在地

事業者名

代表者（職・氏名）

令和８年度神奈川県脳卒中・心臓病等総合支援センター事業業務委託実施に要する経費として、下記のとおり見積もりします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※　消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった金額の110分の100に相当する金額を記載してください。

【本件責任者及び担当者】

・責任者

所属　　　　　　　　　　　　役職名　　　　　　　　　　　　氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

・担当者

所属　　　　　　　　　　　　役職名　　　　　　　　　　　　氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス