（様式１）

令和８年度介護職員等医療的ケア実施研修事業運営業務
プロポーザル応募申請書

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　齋藤 元彦　様

住所
名称
代表者職氏名
電話　（　　）　　－　　番
電子メール

「令和８年度介護職員等医療的ケア実施研修事業運営業務」プロポーザル募集要綱に基づき、下記のとおり関係書類を添えて応募します。

なお、同要綱「２　業務実施者の要件」に規定する内容を全て満たしていることを誓約します。

記

１　提案者概要兼企画提案書（様式２）
２　経費積算見積書（様式任意）
３　添付書類
・会社概要等提案者の概要を説明する書類
・納税証明書（２種類）
・その他提案内容を説明する参考資料（様式任意）

（様式２）

令和８年度介護職員等医療的ケア実施研修事業運営業務　提案者概要兼企画提案書

提案者名：

団体の所在地		
担当者	所属・氏名	
	連絡先	
	E-mail	
創立年月日		
従業員数		
主な事業内容		
今回の提案に関して過去３年間の類似業務の実績 （主なもの） ※複数ある場合は、すべて記載ください。		① 自治体名： ② 実施期間： ③ 業務名称： ④ 業務内容：

＜実施体制＞（業務遂行の体制、手順の概要等）

※「令和８年度介護職員等医療的ケア実施研修事業運営業務」の事業に関する考え方、事業実施体制、事業実施内容、事業実施スケジュール、事業経費等を記載してください。（以下の①～④を別紙記載でも可）

① 事業の趣旨・目的を記載ください。
② 業務内容（講師派遣、事務手続き、受講者募集、申込受付、問い合わせ対応等）とその実施体制について記載ください。なお、配置人員も分かるように記載ください。
③ 国規定に基づく具体的な研修内容を記載ください。
④ 事業実施計画・スケジュールを記載ください。

＜実施に際して工夫する点＞

＜参考事項＞　（上記項目以外でＰＲしたいこと）

※　枠内に収まらない場合は、枠を拡張するか、別途任意の用紙（Ａ４サイズ）で提出してください。

（様式３）

誓　　約　　書

兵庫県知事　齋藤　元彦　様

下記の事項について相違ないことを誓約します。

・兵庫県税について課税実績がないこと。
【理由】（該当するものにチェックを入れてください。）
□　公益法人等であり収益事業を行っていないため（法人税法第 150 条の規定による収益事業開始届を所轄税務署に提出していない。）。
□　兵庫県内に事務所又は事業所を有しないため。

・収益事業を開始したこと等により兵庫県税が課された場合には、納期内に確実に納付すること。

令和　　年　　月　　日

所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電子メール：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式４）

令和８年度介護職員等医療的ケア実施研修事業運営業務プロポーザルに係る質問表

兵庫県福祉部ユニバーサル推進課障害福祉基盤整備班　柳田あて 電子メール：universal@pref.hyogo.lg.jp ファックス：078-362-9040 （ファックスにより送付する場合は、078-341-7711（内線 2968）まで送付した旨の電話連絡をお願いします。）

質問者	団体名：
	所在地：
	電話番号：
	ファックス：
	電子メール：
（質問事項）	

【提出締切：令和８年７月 15 日（水）13 時】