令和　　年　　月　　日

柏原市長　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　 　 印

「柏原市在宅医療・介護連携推進事業業務プロポーザル」参加申込書

　このことについて、プロポーザルに参加したいので、下記書類を添えて申し込みます。

記

１　応募する事業　（応募する事業に〇を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 事　業　内　容 |
|  | ア　地域の医療・介護の資源の情報提供事業 |
|  | イ　医療・介護関係者の情報共有支援事業 |
|  | ウ　在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 |
|  | エ　医療・介護関係者の研修事業 |
|  | オ　地域住民への普及啓発事業 |
|  | カ　その他、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築に資する事業 |

※複数の事業に応募することができます。

※複数の事業に応募する場合、企画提案書はそれぞれの事業ごとに提出してください。

１　添付書類

　（１） 「柏原市在宅医療・介護連携推進事業」参加資格確認書　１部

　（２） 「柏原市在宅医療・介護連携推進事業」企画提案書 ８部（正１部・副７部）

所属部署名：

担当者氏名：

所在地：

電話番号：

FAX番号：

e－mail：