様式第１号

令和　　年　　月　　日

岡山県知事　殿

所在地

名称

代表者名

担当者（所属・氏名）

TEL

FAX

E-mail

岡山県小児慢性特定疾病児童等自立支援員相談等支援事業委託公募申請書

このことについて、令和７年度岡山県小児慢性特定疾病児童等自立支援員相談等支援事業委託公募公告に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、応募要件を満たしていることを誓約します。

記

１　岡山県小児慢性特定疾病児童等自立支援員相談等支援事業計画書

２　見積書及び積算内訳

様式第２号

岡山県小児慢性特定疾病児童等自立支援員相談等支援事業計画書

|  |
| --- |
| １　小児慢性特定疾病児童等自立支援員の配置について  ※予定している小児慢性特定疾病児童等自立支援員について、氏名、年齢、これまでの経歴、経験・資格（研修歴）等及び同種の活動実績を記入すること。 |
| ２　事業計画について  ※具体的な事業計画を記入すること。 |
| ３　事業実施体制について  ※保健・医療・福祉・教育・就労等の関係機関との連絡調整機能や患者支援の観点での体制について、具体的に記入すること。 |
| ４　緊急時の対応について  ※緊急対応の体制及び手順等について、具体的に記入すること。 |

**（注）この事業計画書は複数枚にわたってもよいが、要点を整理し簡潔にまとめるこ**

**と。また、必要に応じ、補足資料を追加することもできる。**

（添付書類）

・定款又は会則等（組織体制・規模等がわかるもの）

・役職員名簿

・申請者（団体）の当該年度の事業計画書又は活動内容がわかるもの

・収支報告書等（経営状況のわかるもの）