（様式　２）

企画提案書

事業概要（令和５年度　静岡県ヘルスケアビジネス参入支援（専門家派遣）事業）

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　名 | 静岡県ヘルスケアビジネス参入支援（専門家派遣）事業 |
| コンソーシアム名 |  |
| 代表機関の概要（代表団体） | 所 在 地 | 　〒　 |
| 企業・団体名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 本事業統括責任者 | 　(所属・役職)　　　(　氏　名　)　　　( 電話番号 )　　　　　　　　　(ＦＡＸ番号)　　　(電子メールアドレス)　　　 |
| コンソーシアム構成員の役割※記入欄が不足する場合は行を追加して記載すること | 名　称 | 役　　　　　割 |
| (代表機関) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| その他協力団体等（コンソーシアム構成員ではないが、登録専門家の派遣元団体等、一定の協力をする者） | 名　称 | 協　力　内　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 事業期間 | 　契約締結日から令和６年３月15日（金）まで |
| 事業費 | 　総額　　　　　　　　　　　　　　　　 　円（消費税及び地方消費税込み）　派遣１件あたり所要額　　　　　　　 　円（旅費除く。消費税及び地方消費税込み）　　※派遣１件あたり所要額が専門家により異なる場合は、見込まれる所要額のパターンを全て記載すること（例：「医師・歯科医師 ○万円、左記以外 △万円」等。適宜、別紙[表]添付可。）※総額、派遣１件あたり所要額ともに、受益者負担に係る費用は含めないこと |
| 専門家の派遣体制①（連携体制） | （※初動段階で登録する専門家との連携体制等を記載してください。　なお、受託後に相談者の希望する専門家を追加登録していただく場合があります。） |
| 専門家の派遣体制②（活用促進の仕組み） | （※ヘルスケアビジネス参入希望者にとって専門家派遣が利用しやすい仕組み等、貴コンソーシアムにおける本事業の活用促進策を記載してください。また、社会情勢をふまえ、実地派遣に代え、Ｗｅｂ等を活用する場合の体制も記載してください。） |
| 専門家の派遣体制③（実績・ＰＲポイント） | （※代表機関やコンソーシアム構成員の既存の取組等で、本事業の実施にあたり参考となる実績やＰＲポイントを記載してください。） |
| 事務局業務の実施体制 | （※専門家派遣の受付、派遣調整、派遣及び経費の徴収、専門家への経費支払、県との委託契約に係る業務等を行うにあたってのコンソーシアム内での業務分担、代表機関の事務執行体制について記載してください。） |
| 実施スケジュール | 　　年　　月 | 実　　施　　内　　容 |
|  |  |

　　※各項目の記入欄に書ききれない場合は、適宜、別紙や参考資料を添付してください。