

(様式第2号)

令和 年 月 日

業 務 企 画 提 案 書

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

提出者 氏
所在
法人名
代表者役職氏名
担当者所属役職氏名
連絡先 TEL
FAX

次のとおり、令和8年度病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業委託にかかる企画を提案します。

- 1 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施
 - (1) 研修の実施

 - (2) 関係機関との連携

- 2 他事業との連携

- 3 個人情報の取扱

- 4 経費の見積

サイズ：A4縦

記載しきれない場合は、別紙添付も可、ただし、添付する別紙もA4縦の用紙に限る。