



様式 1-① (提案の種類 (4) ①)

県業務の担い手のあり方についての提案書

私は、佐賀県「提案型公共サービス改善制度」(協働化テスト) 提案募集要領 1 (2) 2 のい
ずれにも該当しないことを宣誓し、下記の提案をします。

(相談先: 佐賀県くらし環境本部県民協働課 県民協働推進担当 TEL: 0952-25-7374)

(提出先: 佐賀県統括本部 情報・業務改革課 業務改革推進担当 TEL: 0952-25-7035)

※県受付 NO		※受付年月日	
佐賀県 御中		平成 20 年 月 日	
団体・企業名 _____ 代表者 住所 _____ 氏名 _____			
提案対 象事業	事業 No.	事業担当課	
	必須 事業名		
	業務名		
協働の形態	必須	<input type="checkbox"/> 協働型委託 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 事業協力 <input type="checkbox"/> 共催 <input type="checkbox"/> 後援	
提案内容	(協働をどのような形を進めるのか具体的に記入してください) 必須		
役割分担	必須	(提案者)	
		(県)	
期待される効果	必須	(県民、県にとって どういう効果がある か、できる限り数値 等で具体的に記入し てください。) ex. ①〇〇利用率: 〇〇% 向上 など	

※印は記入不要です。

- (1) 原則、上記は全て公表します。
- (2) 記入欄が不足する場合は、別紙に添付してください。
- (3) 個人情報の取扱い

お預かりした個人情報は、相談内容への回答のためにもみ使用し、ご本人の承諾なしに第
三者に提供することはありません。



様式 1-② (提案の種類 (4) ② or ③)

県業務の担い手のあり方についての提案書

私は、佐賀県「提案型公共サービス改善制度」(協働化テスト) 提案募集要領 1 (2) 2 のい
ずれにも該当しないことを宣誓し、下記の提案をします。

提案の種類	<input type="checkbox"/> (4) ②外部委託化	<input type="checkbox"/> (4) ③県としては廃止
-------	-------------------------------------	---------------------------------------

※該当する項目に「レ」を入力してください。

(相談先: 佐賀県統括本部 情報・業務改革課 業務改革推進担当 TEL: 0952-25-7035)

(提出先: 佐賀県統括本部 情報・業務改革課 業務改革推進担当 TEL: 0952-25-7035)

※県受付 NO		※受付年月日	
佐賀県 御中		平成 20 年 月 日	
		団体・企業名 _____ 代表者 住所 _____ 氏名 _____	
提案対象事業	事業 No.		事業担当課
	必須 事業名		
	業務名		
提案内容 (業務の実施方法、 県が直接実施する場 合と比べ優れている 点など) 必須			
期待される効果 必須 (県にとってどうい う効果があるか、で きる限り数値等で記 入してください。) ex. ①コスト削減効果: ○ ○%削減、 ②業務量削減効果: ○ ○%削減など			

※印は記入不要です。

- (1) 原則、上記は全て公表します。
- (2) 記入欄が不足する場合は、別紙に添付してください。
- (3) 個人情報の取扱い

お預かりした個人情報は、相談内容への回答のためにのみ使用し、ご本人の承諾なしに第
三者に提供することはありません。

