様式1

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※病院記入 |  |

提出日：令和　　年　　月　　日

　（事　業　名）

**高知県立幡多けんみん病院**

**医事業務委託に係る企画提案書**

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先

電話番号

FAX

E-Mail

様式 2

同類業務の受託実績（過去３年間の実績）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 正式名称・許可病床数を記入 | 契約期間 | 対象の場合は○ |
| 医療機関名 | 病床数 | 自 | 至 | DPC  | 診療情報管理業務 | 物品管理搬送業務 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

・200床以上の病院(全国)の実績について記述してください。

・契約期間の一部でも過去３年間に重なる場合は、記載可能です。

・行が余る場合は、「以下、余白」と記入してください。

・行が足りない場合は様式をコピーして記入してください。

様式 3

受託責任者候補者の実務経験（過去5年間の実績）

受託責任者候補者の氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 正式名称・許可病床数を記入 | 業務期間 | 対象の場合は○ |
| 医療機関名 | 病床数 | 自 | 至 | 責任者 | 副責任者(リーダー) | 従事者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

・受託責任者(候補者)における同類業務に従事した時点より記述してください(前職として同類業務の実績がある場合は、支障のない限り記述してください)。

・行が余る場合は、「以下、余白」と記入してください。

・行が足りない場合は様式をコピーして記入してください。