（様式１）

平成　　年　　月　　日

公立大学法人奈良県立医科大学

　理事長　細井　裕司　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

参　加　申　込　書

　「病院機能評価受審支援業務委託」にかかるプロポーザルに参加申し込みします。

（様式２）

事業者名

業　務　受　託　実　績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 病床数 | 契約期間 |
| ○○県立◎◎◎◎病院 | ●●●床 | Ｈ○○年○○月～○○年○○月 |

※機能種別版評価項目「一般病院2」3rdG:Ver.1.0もしくはVer.1.1の受託支援業務実績を

ご記入下さい。

※1枚で記入しきれない場合は、複数枚使用していただいて結構です。