（様式１）

令和　　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 |

※平成27年4月以降に病床数400床以上を有する病院の受審支援業務を受託した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。