（様式３）

奈良県立医科大学附属病院

病院機能評価受審支援業務委託

に係る提案書

所在地

〒 -

事業者名

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者の所属・職・氏名

担当者連絡先

　電話番号

　F A X

　E-mail

1事業執行体制

|  |
| --- |
| ■受審支援担当部署の従業員数　　　名 |
| 内、本院担当者数　　　名 |
| ■本院担当者の実績（令和4年4月以降に病院機能評価「一般病院３」の受審支援業務を受託した実績に限る）氏名：保有資格等：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 病床数 | 「一般病院３」のバージョン | 契約期間 |
| 例）A病院 | 500床 | Ver.3.0 | Ｒ○○年○○月～○○年○○月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| ■業務執行体制（イメージ図）※業務執行体制に関するアピールポイントがあれば、あわせてご記入ください。 |
| ■即時対応依頼（質問等）への対応について※即時対応が可能か、またどのような体制で行うか等をご記入ください。 |

2 支援内容　※各項目とも受審一発認定に向けて、当院を支援する内容をご記入ください。

|  |
| --- |
| ■支援内容概要 |
| ■スケジュールに関する提案※支援開始から受審（R8.3）までの具体的なスケジュールをお示しください。　スケジュール表は別表を添付していただいてもかまいません。 |
| ■研修会・会議支援に関する提案※プロジェクト及びワーキンググループ運営にあたっての支援内容をご記入ください。 |
| ■部署訪問、院内ラウンド対策に関する提案※点検、支援方法等をご記入ください。※訪問支援人数及び日数をご記入ください。（人数×日数） |
| ■ケアプロセス調査、カルテレビュー対策に関する提案※指導の方法等をご記入ください。※訪問支援人数及び日数をご記入ください。（人数×日数） |
| ■書類点検及び自己評価調査票の支援に関する提案※書類点検の方法等をご記入ください。 |
| ■模擬審査、直前支援に関する提案 |

|  |
| --- |
| ■自由提案※上記提案以外の提案をご記入ください。 |