

(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

FAX

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〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月

■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。