

(様式1)

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構  
理事長 榎 壽右 様

住所または所在地

商号または名称

代表者氏名

印

平成27年度奈良県立病院機構  
病院システム仕様検討等業務委託  
に係る参加申込書

標記について、次の書類を添えて申込みします。

なお、提出者は本プロポーザルの参加資格要件を全て満たすことを誓約します。

記

- 1 参加申込書(様式1) . . . . . 1部
- 2 資格調書(様式2) . . . . . 1部

【本プロポーザルに係る担当者の連絡先】

担当部署名	
担当者名	
電話番号(内線)	
FAX番号	
E-mail	

※書類送付・質問回答等の送付先となります。

## 資 格 調 書

住所または所在地	
提案参加申込者の 商号または名称	
代 表 者 氏 名	
設 立 年 月 日	年 月 日
資 本 金 額	
従 業 員 数	正社員 名
	パート・アルバイト等 名

## ■同種業務実績

300床以上を有する病院において、医療情報システムの仕様検討業務について、平成22年4月1日以降に受託し、履行した実績を有するものであること。

法人名	病院名および業務内容	病床数	完了年度 (和暦)

※ 病院名欄に、設立主体名を記載すること。(例：〇〇立□□病院)

※ 業務内容に具体的なシステムの内容(電子カルテ／オーダーリング／医事会計等)および複数病院システム同時更新の場合にはその旨を記載すること。

※ 記入欄が不足する場合は、別紙(様式任意 A4縦)として下さい。