様式第４号

令和２年度　地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院

ＩＳＯ１５１８９（臨床検査室）認定取得支援業務委託

プロポーザル企画提案書

令和　年　月　日

（企画提案者）

　所在地

　名称又は商号

　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（事業担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |

【記載注意事項】

　・枠にとらわれずに簡潔明瞭に記載してください。図の挿入等は自由です。

　・本様式のほか、参考資料の添付も可。ただし、本文及び参考資料合わせ上限10ページ。

　・フォントは12ポイントで統一してください。

|  |
| --- |
| １　業務の実施体制  　１－１　業務責任者等従事者の経験、所有するノウハウ  　　　　　・業務経験等を記載してください。 |
| （業務責任者）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 職　名 |  | 氏　名 |  | | 経　歴 |  | | | | 資格等 |  | | | | 類似業務の他院での経験（病院に限る。全例記載） | ※当該病院のISO15189認定取得日も記載してください。 | | | | ノウハウ（特筆すべき事項） |  | | |   （業務従事者）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 職　名 |  | 氏　名 |  | | 経　歴 |  | | | | 資格等 |  | | | | 類似業務の他院での経験（病院に限る。全例記載） | ※当該病院のISO15189認定取得日も記載してください。 | | | | ノウハウ（特筆すべき事項） |  | | | |

|  |
| --- |
| ２　業務実施方法  　２－１　業務の具体的実施方法、実施内容  　２－１－１　実施体制  　　　　　　　・貴社の業務支援体制、関わり度合い等を記載してください。 |
| ※記載例は削除してください。  （記載例）社としてのサポート体制：社として認定機関から情報収集し支援に反映する。  　　　　　人的な関わり度合い：病院訪問は月○日程度とし、次の工程表案のとおり進める。 |
| ２　業務実施方法  　２－１　業務の具体的実施方法、実施内容  　２－１－２　実施方法  　　　　　　　・貴社（業務責任者等）の強みを生かした業務実施方法を具体的に記載してください |
| ※記載例は削除してください。  （記載例）業務責任者○○の有する知見を生かし、次の視点を重視した業務を行う。 |