

参加申込書

奈良県知事 荒井正吾 様

住 所  
事業者名  
代表者職氏名 印

デジタル化による医療従事者の働き方改革推進事業委託業務公募型プロポーザルについて、参加申込書を提出します。  
なお、本プロポーザルの参加資格を全て満たしていることを誓約します。

担当者連絡先

|         |   |  |
|---------|---|--|
| 所属      | : |  |
| 役職      | : |  |
| 氏名      | : |  |
| 電話番号    | : |  |
| FAX番号   | : |  |
| メールアドレス | : |  |

企画提案書

奈良県知事 荒井正吾 様

住 所  
事業者名  
代表者職氏名 印

デジタル化による医療従事者の働き方改革推進事業委託業務公募型プロポーザルについて、関係書類を添えて企画提案書を提出します。

担当者連絡先

所属 :  
役職 :  
氏名 :  
電話番号 :  
FAX番号 :  
メールアドレス :

(様式3)

## 実施体制、事業計画及び個人情報保護等情報管理体制

### ① 実施体制



※以下について記載すること

- ・事業実施にあたり事業内容に応じた役割分担が具体的に提案し、業務を安定的に実施できる体制図を付すこと。
- ・医療機関におけるデジタル技術を活用した実証実験について、院内業務への影響を最小限となるよう配慮すること。また設備導入等にあたり新型コロナウイルス感染症に配慮すること。
- ・実際にITツールを活用する医療従事者が利用方法を理解するための機会を設けること。

### ② 事業計画



※以下について記載すること。

- ・実証実験のために調達するITツールの機能
- ・実証実験の具体的な方法と目的
- ・実証実験の実施によって得られるデータ等の活用方法（データの取得計画、活用計画、分析計画）

③個人情報保護等情報管理体制

※以下について記載すること。

- ・個人情報等の管理上の対策（運用上の仕組みやルール作り）
- ・個人情報等の保護に関する従業員への研修内容、研修計画

※記載内容が複数のページにわたる場合は、ページ数を記入してください。

(様式4)

## 事業者概要書

|                     |                 |  |
|---------------------|-----------------|--|
| 名称                  |                 |  |
| 所在地                 | 本社等             |  |
|                     | 本業務を受託する<br>支社等 |  |
| 創設年・開設年             |                 |  |
| 資本金                 |                 |  |
| 売上                  |                 |  |
| 従業員数                |                 |  |
| 本事業に<br>関連する者<br>の数 |                 |  |
| 事業内容                |                 |  |
| その他特記事項             |                 |  |

※業務案内（リーフレット等）を添付してください。

デジタル化による医療従事者の働き方改革推進事業委託業務公募型プロポーザル

質 問 票

事 業 者 名 : \_\_\_\_\_

担当者 所 属 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

電 話 : \_\_\_\_\_

F A X : \_\_\_\_\_

メー ル : \_\_\_\_\_

質問事項（簡潔に記入してください）