

(様式1)

平成 年 月 日

参加申込書

特定非営利活動法人（NPO）ヘルスサービスR&Dセンター

理事長 青木則明 様

住所：

事業者名：

代表者氏名：

奈良県救急医療管制支援システム（e-MATCH） システム評価・アルゴリズム開発・インターフェイス
デザイン関連業務説明書に基づき、参加申込書を提出いたします。

尚、説明書「3. 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：

役職名：

氏名：

電話番号：

FAX番号：

Eメールアドレス：

(様式2)

平成 年 月 日

提 案 書

特定非営利活動法人（NPO）ヘルスサービスR&Dセンター

理事長 青木則明 様

住所：

事業者名：

代表者氏名：

奈良県救急医療管制支援システム（e-MATCH） システム評価・アルゴリズム開発・インターフェイス
デザイン関連業務説明書に基づき、提案書、および、附属書類を提出いたします。

<担当者連絡先>

所属：

役職名：

氏名：

電話番号：

FAX番号：

Eメールアドレス：

事業者概要書

1. 組織概要

名称		区分 (いずれかに○)	非営利法人・営利法人
所在地	本部		
	本業務を受託する 支社・部門		
開設年			
売上	H20年度		
	H21年度		

2. 本事業の体制 (複数組織や協力組織がある場合)

※組織の長からのレターを添付すること

3. 本事業に関わる担当者

	氏名	所属部門	学位 (取得年・場所)	本事業に関わる医療・IT関連資格

※各個人からの参加を承諾する旨

(様式4)

同 種 業 務 実 績 報 告 書

No	事業詳細			
	事業名		期間	
	発注者			
	事業概要			
	現在の稼働状況			
	事業名		期間	
	発注者			
	事業概要			
	現在の稼働状況			
	事業名		期間	
	発注者			
	事業概要			
	現在の稼働状況			

(様式5)

提 案 内 容

(様式6)

予 算 案

(様式7)

平成 年 月 日

質 問 票

住所
事業者名
代表者氏名

印

※ 箇条書きで、簡潔に記載すること。
※ CHORD-J奈良オフィスへFAX送付(0742-81-7465)すること。
提出期限：9月3日(土)