

【意向調査】医療分野における業務効率化・職場環境改善支援事業

記入例

都道府県名		01北海道
保険医療機関コード (10桁・半角)		0111234567
病院名		〇〇病院
住所		〇〇県 〇〇市 〇〇町
担当部署名		医事課 など
担当者名		〇〇 〇〇 ※漢字フルネームで記載
電話番号		0312345678 ※半角数字ハイフンなし
メールアドレス		〇〇〇〇@example.go.jp

<病院が提出するにあたっての留意事項>

- 実施要綱案をよくご確認いただき、要件を満たすことできるかご検討の上で、記載ください。
- 予算には限りがあるため、今回、取組意向を示していただいた場合でも、実際の申請内容を踏まえて判断した結果、対象とならない場合があることをご承知おきください。

(1) 業務効率化の対象となる部門（複数選択可）	医師部門	
	調剤部門	
	看護部門	
	その他コメディカル部門	
	事務部門	
	その他のバックアップ部門	

回答欄

(2) 業務効率化に関する取組内容（現時点で想定されるものを可能な範囲で具体的に記載してください）	
---	--

回答欄

(3) 業務効率化に必要な経費見込み（現時点での見込み金額を可能な範囲で記載してください）	医師部門	円
	調剤部門	円
	看護部門	円
	その他コメディカル部門	円
	事務部門	円
	その他のバックアップ部門	円
計		0 円

回答欄

(4) その他（自由記載）	
---------------	--