

次のとおり、契約の相手方を公募します。

平成22年7月27日

社団法人全国訪問看護事業協会
会 長 長 沼 明

1 公募事業名

「医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査」

2 公募に必要な資格に関する事項

(1) 医療を専門分野とするシンクタンク又は医療分野の調査研究の実績があるシンクタンクであること

3 事業の内容

「医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査」に関して、下記の事項を行い施策に反映させる。

- (1) 地域生活支援のための医療と福祉のサービス事業者等の連携のあり方等に関する実態調査
- (2) ヒアリング調査随行
- (3) 委員会および打ち合わせへの参加
- (4) 報告書の作成支援

4 公募内容等の条件を満たす旨の意思表示

この公募内容等の条件を満たしている者で、契約を希望する者は、以下により意思表示を行うこと。

- (1) 意思表示期限 平成22年8月3日(火) 17時 必着
- (2) 意思表示先 (社)全国訪問看護事業協会 事務局
担当：清水、吉原、倉地
- (3) 意思表示方法 下記住所へ郵送
- (4) 意思表示様式 別紙のとおり。添付資料として、会社等概要(名称、所在地、人的体制、設立状況等)及び過去5年における本事業と類似の事業の実績を併せて提出すること。

5 その他

公募の結果、参加者が複数の場合、一般競争入札又は企画競争を行うものとする。

【本件担当、連絡先】

住 所：東京都新宿区新宿1-3-12 壺丁目参番館401
担 当：(社)全国訪問看護事業協会 清水、吉原、倉地
電 話：03-3351-5898 F A X：03-3351-5938

【別紙】

平成 年 月 日

社団法人全国訪問看護事業協会

会長 長 沼 明 殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

「医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査」
に係る公募内容等の条件を満たす旨の意思表示について

標記事業について応募したいので、その旨を表示します。
なお、下記記載の事項について相違ないことを申し添えます。

記

- 1 過去5年における本事業と類似の事業の実績は別添のとおりです。
- 2 本事業の全部を実施します。

【担当者】

所属部署：

氏 名：

電 話：

F A X：

E-mail：

住 所：