**令和２年度「医療・福祉現場の職場環境改善ツール実装支援事業」公募申請書**

令和２年　月　日

一般社団法人健康ビジネス協議会

　代表理事　会長　吉田　康　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者住所） |  |
| （申請者名称） |  |
| （代表者の役職・氏名） |  | ㊞ |

「令和２年度 医療・福祉現場の職場環境改善ツール実装支援事業」について、関係資料を添えて申請します。

また、令和２年度 医療・福祉現場の職場環境改善ツール実装支援事業公募要領に記載された公募申請に必要な全ての要件を満たしていること、及び提出書類の内容は事実と相違ないことを誓約します。

**令和２年度 医療・福祉現場の職場環境改善ツール実装支援事業計画書**

**１　取組名**

|  |
| --- |
|  |

**２　コンソーシアム代表者**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業等名 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 該当業種 |  |
| ※別記　交付基準【補助対象者】３の該当する業種を記載 例：金属製品製造業(24) |
| 担当者 | 職・氏名 |  |
| TEL／FAX | TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| コンソーシアム内の役割・実施内容等 |  |

**３　コンソーシアム参加者**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業等名 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 医療業、社会福祉・介護業への該当 | 　　　　　該当する　　　　　・　　　　　　　　該当しない |
| 担当者 | 職・氏名 |  |
| TEL／FAX | TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| コンソーシアム内の役割・実施内容等 |  |
| 企業等名 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 医療業、社会福祉・介護業への該当 | 　　　　　該当する　　　　　・　　　　　　　　該当しない |
| 担当者 | 職・氏名 |  |
| TEL／FAX | TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| コンソーシアム内の役割・実施内容等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 企業等名 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 医療業、社会福祉・介護業への該当 | 　　　　　該当する　　　　　・　　　　　　　　該当しない |
| 担当者 | 職・氏名 |  |
| TEL／FAX | TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| コンソーシアム内の役割・実施内容等 |  |

※適宜行を追加し、コンソーシアムに参加するすべての企業等を記載する。

**４　事業の内容**

|  |
| --- |
| (１)本事業の活用等により、最終的に実装等を目指す製品、システム、サービス等の概要 |
|  |
| (２)実装等により、医療・福祉現場の職場環境に関して改善が図られる事項・内容 |
|  |
| (３)これまでの実施状況（実施した取組等があれば記載） |
|  |
| (４)本事業で実施する評価、試験、研究等の内容 |
|  |
| (５)本事業の実施スケジュール |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　時　期実施項目 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**５　今後の展開（実装等の計画）**

|  |
| --- |
| (１)本事業実施以降に実装に向けて実施する内容（実施事項がない場合は不要） |
|  |
| (２)最終的な製品・システム・サービス等の実装予定 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 導入先（医療機関・福祉施設の名称又は施設等の所在地域と数等） | 導　入時　期 | 導入数(単位) | 導入費用(千円) |
| 【例】社会福祉法人○○会○○病院（○○市○○区） | R3年4月 | ２(式) | 1,000 |
| 　　　新潟市中央区内の特別養護老人ホーム・５か所 | R3.5～R3.7 | 500(個) | 500 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |

※導入開始から、３年間分を記載すること |