

医療機関名：

所在地：

1. 申請代表者（本事業に実質的に参加し、貴医療機関内において事業責任者となる者）

(フリガナ)		
①氏名：		
②連絡先	Tel：	Fax：
	E-mail：	

2. 事務担当者

(フリガナ)		
①氏名：		
②連絡先	Tel：	Fax：
	E-mail：	

3. 医療機関の特徴（400 字以内）

--

4. 医療機関に置ける医療情報管理の実施状況とその現状分析（各 400 字以内）

①医療情報管理体制
②医療情報を利活用した疫学調査・研究の実績及び人材育成の取組み
③現状分析

5. 申請者の医療情報利活用に関連する、他医療機関との連携状況・特色・将来の展望（1000 字以内）

--

6. 選定後に期待される成果（1000 字以内）

--

7. 他の医療情報関連事業への参加状況およびその概要

①事業名	②研究費拠出元	③主任研究者

※留意事項

1. ワープロ等判読出来るもので作成、記入すること。
2. 各項目の記入量に応じて、欄を引き延ばして作成、記入しても差し支えない。
3. 補足する資料を適宜添付すること。