

県外医療機関等医療機器等ニーズ収集マッチング検討業務委託要領（案）

公益財団法人ふじのくに医療城下町推進機構を委託者とし、を受託者とし
て、令和7年 月 日付けで締結した県外医療機関等医療機器等ニーズ収集マッチング検討業務委託契約については、契約書に定めるもののほか、この要領に定めるところによる。

第1 契約書第1条に規定する委託業務の内容

県外医療機関等医療機器等ニーズ収集マッチング検討業務委託仕様書のとおり

第2 提出様式及び提出部数

書類名（様式）	部数
契約書第8条に規定する請求書（様式第1号）	1
契約書第10条に規定する再委託承認願（様式第2号）	1
契約書第13条第1項に規定する委託業務実施計画書（様式第3号）	1
契約書第13条第2項に規定する委託業務変更実施計画書（様式第3号）	1
契約書第15条に規定する委託業務実績報告書（様式第3号）	1

第3 帳簿及び証拠書類

委託業務に係る経費については、帳簿を備え収入支出の額を記載し、その出納を明らかにしなければならない。この場合において、帳簿及び支出内容を証する証拠書類を事業終了年度の翌年度から5年間保管しなければならない。

請 求 書

令和 年 月 日

公益財団法人ふじのくに医療城下町推進機構
理事長 大須賀 淑郎 様

所在地
名 称
代表者



1 請求額 金 円

2 請求の理由

3 払い込み先（口座振替先）

- （1） 金融機関名
- （2） 口座種別
- （3） 口座番号
- （4） 口座名義人

再委託承認願

令和 年 月 日

公益財団法人ふじのくに医療城下町推進機構
理事長 大須賀 淑郎 様

所在地
名 称
代表者

印

令和7年 月 日付けで契約した県外医療機関等医療機器等ニーズ収集マッチング検討業務委託について、契約書第10条に基づき、委託業務の一部を下記のとおり再委託したいので、承認願います。

記

1 再委託の内容

県外医療機関等医療機器等ニーズ収集マッチング検討業務

2 再委託が必要な理由

本業務委託は、〇〇など多岐にわたる業務があり、複数の企業が業務を分担する必要があるため

3 再委託先

住 所
名 称
代表者

4 再委託の条件

再委託先での個人情報の保護は、県外医療機関等医療機器等ニーズ収集マッチング検討業務委託契約書別記個人情報取扱特記事項に準じること

委託業務実施計画書（委託業務変更実施計画書、実績報告書）

令和 年 月 日

公益財団法人ふじのくに医療城下町推進機構
理事長 大須賀 淑郎 様

所在地
名 称
代表者 

1 事業の内容

種 別	内 容	実施(予定)時期	備 考

- 2 完了年月日（実績報告書のみ記入） 令和 年 月 日
- 3 添付資料（実績報告書のみ） 成果品・事業資料・写真等、実施成果の確認できるもの
- 4 委託業務変更実施計画書の場合は、変更前の計画を（ ）で記入し、その下に変更した内容を記入する。