（様式２）

令和５年度ヘルスケアサービス実証事業　実施計画書

１　提案者の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 代表者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 担当者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | メール |  |
| 事業内容等  （主要製品・サービス） |  | | | |

２　連携事業者の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 代表者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 担当者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | メール |  |

※連携事業者が２者以上の場合は、適宜欄を追加して記入してください。

３　提案する実施事業の概要

|  |  |
| --- | --- |
| (1)実証事業名 | *※事業内容を簡潔に表現した名称としてください。* |
| (2)事業の目的 | *※当事業を行う背景や目的について記載してください。* |
| (3)事業の内容 | *※具体的な事業内容等について記載してください。* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (4)事業の効果 | *※事業実施後にどのような成果や波及効果が期待できるか記載してください。* | |
| (5)事業実施スケジュール（予定） | 年　月 | 実施活動内容 |
|  |  |
| (6)事業の実施体制 | *※連携事業者等それぞれの役割がわかるように記載してください。*  *（別紙での提出でも構いません。）* | |