（様式１４）

【提案書】品質保証への取組状況

　　　　　　　　　　　　　　　　　　応募者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価項目 | 認定の有無 | | 認定取得時期 |
| 公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」 | 有 | 無 |  |
| Joint Commission Internationalによる「JCI認証」 | 有 | 無 |  |

　　※法人が運営するいずれかの病院での取得の有無を記載すること。

　　※認定の有無については、令和5年4月20日現在を基準日とする。

　　※認定証（写し）を添付のこと。