

# オンライン資格確認導入のための見積依頼

令和 年 月 日

送付枚数（本状含め） 枚

## 送信先

会社名

部署

担当者

FAX番号

## 発信元

医療機関名

部署

担当者

FAX番号

※下記へのご回答を含めた見積もりを作成いただきたくお願い申し上げます。

- 1) 事業者としてオンライン資格確認導入作業に対応可能でしょうか。  
不可能な場合、対応可能な他の業者を紹介できますでしょうか。
- 2) 推奨するカードリーダーの機種があるでしょうか。
- 3) 導入費用・保守費用の金額を記載してください。
- 4) 事前も含め、必要な作業の内容（医療機関側、業者側）
- 5) 運用開始までにかかる期間