

業 務 実 績 書

申請者の 商号又は名称	
----------------	--

契約 の 相手 方	医療機関名 (医療機関コード)	
	契約締結時の 許可病床数	
	契約締結時の DPC導入の有無	
契 約 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
業 務 の 概 要		

注意事項

- 1 上記業務に係る契約書及び仕様書の写しを添付してください。
- 2 1の書類がないときは契約の相手方の証明を受けてください。

【証明欄】

上記に相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地
医 療 機 関 名
代 表 者 職 氏 名

印