様式第４号

商号または名称

医　事　業　務　受　託　実　績　書

参加要件を満たす病院（150床以上）における受託実績について記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名（病床数） | 所在地 | 契約年月日・年数 | 業務内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※契約期間が分かるものを添付すること。ただし、守秘義務箇所はマスキング処理を行った上で提出すること。