

参加様式4

公立八女総合病院企業団
企業長 平城 守 様

同種業務実績調査書

受託先医療機関の名称	
許可病床数	
受託の内容	
受託期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
その他特記事項	

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

所在地
商号または名称
代表職氏名



(注意事項)
同時期に複数の受託実績がある場合は、それぞれの医療機関に係る実績を記載して下さい。
実績が確認できる書類(契約書の写し等)を添付して下さい。