

患者給食業務委託実績表

〒・住所
商号又は名称
代表者

平成 年 月 日現在
印

No	都道府県名	経営主体	病院名	病床数	受託業務範囲		受託契約期間
					全面	一部	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※ 受託業務範囲欄には、該当業務を全面委託の場合は○、一部委託の場合は業務内容を記載して下さい。

※ 本様式の総提出枚数とページ番号を右下の欄に記入すること。

枚中 枚目