

同 種 業 務 実 績 調 書

住 所
商号又は名称
代表者

令和 年 月 日現在
印

	医療機関名	所在地	病 床 数	契約期間	業 務 内 容	委託債権金額 (百万円/年)	そ の 他 特記事項
例	医療法人こまき 小牧医療総合病院	愛知県小牧市	500	2016年4月～現在	未収医療費回収業務	200	問合部署 事務局医事課 担当者 小牧 0568-76-4131
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

- ※ 所在地は、都道府県・市町村まで記入すること。
- ※ 審査対象となる実績を記入すること。対象病院の実績が、愛知県、岐阜県、三重県内にない場合は、可能な限り近隣地域の実績を記載すること。
- ※ 実績病院が多く、行が不足した場合は、適宜追加をすること。
- ※ 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