

(提案様式4)

事業実績一覧表

No.	契約相手方	病床数	契約年月日	契約期間
1		床		～
2		床		～
3		床		～
4		床		～
5		床		～
6		床		～
7		床		～
8		床		～
9		床		～
10		床		～

(注) 参加資格要件を満たすもので、大村市に近い病院、公的機関から記載すること。(10 件まで)