

(提案様式4)

## 受託実績一覧表

| 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、大村市に近い病院から記載すること。(10 件まで)