様式２

平成　　年　　月　　日

沖縄赤十字病院

　院長　大嶺　　靖　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表社名　　　　　　　　　　　　　㊞

受　託　実　績　書

　標記について、平成２６年度以降の医事業務の受託に関する実績は、下記のとおりです。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名称 | 病床数 | 受託期間 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※記載欄が不足の際は追加して記載ください。