

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

(印)

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。