

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 2 6 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。