（様式２）

 事業者名

業　務　受　託　実　績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 病床数 | 契約期間 |
| ○○県立◎◎◎◎病院 | ●●●床 | R○○年○○月～○○年○○月 |

※令和4年4月以降に病院機能評価「一般病院３」の受審支援業務を受託した実績をご記入下さい。

※1枚で記入しきれない場合は、複数枚使用していただいて結構です。