

(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
〇〇県立〇〇〇〇〇病院	●●●床	R〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月

※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。