様式第４号

**同種業務受託実績書**

商号または名称

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 件名 |  | | |
| 発注者 |  | | |
| 履行場所 |  | | |
| 病床数  職員数 | 病床　　　　床  　　職員数　　　　人（正規職員　　　　　　　　　人）  　　　　　　　　　　（会計年度任用職員　　　　　人） | | |
| 契約金額 | 円 | 契約期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 備考 |  | | |
| 件名 |  | | |
| 発注者 |  | | |
| 履行場所 |  | | |
| 病床種別（病床数） | 病床　　　　床  　　職員数　　　　人（正規職員　　　　　　　　　人）  　　　　　　　　　　（会計年度任用職員　　　　　人） | | |
| 契約金額 | 円 | 契約期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 備考 |  | | |
| 件名 |  | | |
| 発注者 |  | | |
| 履行場所 |  | | |
| 病床種別（病床数） | 病床　　　　床  　　職員数　　　　人（正規職員　　　　　　　　　人）  　　　　　　　　　　（会計年度任用職員　　　　　人） | | |
| 契約金額 | 円 | 契約期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 備考 |  | | |

　※　契約金額及び契約期間を記入できない場合は、備考欄にその旨ご記入願います。