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。