別紙　様式

入札参加資格を満たす業務受注実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 受注先医療機関の名称 |  |
| ＤＰＣ対象の病床数 |  |
| ＤＰＣ対象病院の医療機関群 | 　大学病院本院群　・　特定病院群　・　標準病院群* 対象外
 |
| 受注業務の内容 |  |
| 受注期間 | 平成・令和　　　　　年　　月　　日から令和　　　　　　　　年　　月　　日まで |
| その他特記事項 |  |

1. 同時期に複数の受注実績があるときは、許可病床数の最も多い医療機関に係る実績を記載

してください。

1. 契約の相手方が本機構以外の場合は、当該契約に係る契約書の写しを添付してください。