様式１ 別紙

参加要件を満たす業務受託実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 受託先医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 |  |
| 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
 |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 | 平成　　　　　年　　月　　日から平成・令和　　年　　月　　日まで |
| その他特記事項 |  |

　上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

［記載上の注意］

　　　同時期に複数の受託実績があるときは、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。