（様式５）

**受託業務実績一覧**

商号又は名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 所在地（県） | 病床数 | 受託期間 | １社単独での受託実績は○を記入、協同組合又は関連企業との共同の受託実績は△を記入すること。 |
| 床頭台(冷蔵庫付) | テレビ | ｺｲﾝﾗﾝﾄﾞﾘｰ | 来院者食堂 | 職員食堂 | 喫茶（ｶﾌｪ） | 売店 | 自動販売機 | その他(※) |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　参加資格要件７（５）～（８）に該当する実績は全て記載してください。

※　その他は他に特記すべき実績があれば具体的に記入してください。

※　行数が不足する場合は適宜追加してください。