【様式５】

業務受託実績

令和　　年　　月　　日

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　院長殿

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

１　一般病床数が300床以上の病院に関する医療情報保守業務受託実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業務（契約）名称 | 契約先病院名 | 設立主体 | 一般  病床数 | 業務期間  （年月） |
| １ |  |  |  |  |  |
|
| ２ |  |  |  |  |  |
|
| ３ |  |  |  |  |  |
|
| ４ |  |  |  |  |  |
|
| ５ |  |  |  |  |  |
|
| ６ |  |  |  |  |  |
|
| ７ |  |  |  |  |  |
|

　備考１．契約金額は総額を記すものとする。

　　　２．契約書の写し等該当することを証する書類（上記事項を確認できる範囲）を添付すること。