様式第３号

経営改善支援業務実績調書

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

１．経営改善支援業務実績総数

　病院での業務実績：　　　　　　　　　　　　　件

２　業務実績の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受注年月日 | 病院名 | 病床数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 概ね２００床以上の病院の受注実績について記入してください。
* 令和３年４月１日以降の受注実績について記入してください。