同種業務実績調書

|  |  |
| --- | --- |
| 受託先医療機関の名称 |  |
| 許可病床数 |  |
| DPC対象病院となった時期 |  |
| 受託業務の内容 |  |
| 受託期間 | 令和　年　月　日から令和　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

所在地

商号

代表者氏名　　　　　　　　　　　印