

年 月 日

### 病院の施設管理業務に関する履行実績証明書

豊後大野市病院事業管理者 木下 忠彦 様

(申請者) 所在地  
商号また名称  
代表者職氏名

㊞

下記のとおり病院の施設管理業務を受託した実績があります。

#### 記

業務の名称	
対象病院の名称	
履行場所(住所)	
履行期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
病床数	床
契約解除の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (該当欄にチェック)

注) 受託業務の契約書の写しを添付すること。

上記のとおり履行したことを証明する。

令和 年 月 日

住 所  
病 院 名  
代 表 者 氏 名

㊞

担 当 者  
担当者連絡先