様式2の１

令和　　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 | □有　　　　　　□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 |  |  |