病院テレビシステム等運営事業の実績書

　　　提出者）所　 在　 地

　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　㊞

病院テレビシステム等運営事業状況　（令和5年4月1日現在）

平成31年4月以降で、病院でのテレビシステム等運営事業（床頭台含む）の実績を、病床数の多い順から最大15施設を記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病院名 | 契約期間 | 所在地  （市町村名） | 病床数 | 備　　　考 |
| １ |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 2 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 3 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 4 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 5 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 6 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 7 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 8 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 9 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 10 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 11 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 12 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 13 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 14 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 15 |  | 年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |

※　上記に記載された病院との契約書の写しを添付してください。（契約当事者双方の名称、契約期間、業務内容がわかる部分の抜粋で結構です。）