様式第３号

業務履行実績に係る申出書

令和 年 月 日

　埼玉県総合リハビリテーションセンター

　　　　　　　　　　病院長　市川　忠　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　病院又は社会福祉施設における床頭台ユニット等の履行実績について、下記のとおり申し出ます。

記

【対象象期間：平成３０年４月１日～令和５年３月３１日】

１　国又は地方公共団体が運営（直営）している病院又は社会福祉施設

|  |  |
| --- | --- |
| 病院又は社会福祉施設名 | 履行実績期間 |
| 例）○○〇病院 | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  |
|  |  |

２　上記１以外の病院又は社会福祉施設

|  |  |
| --- | --- |
| 病院又は社会福祉施設名 | 履行実績期間 |
| 例）○○〇病院 | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  |
|  |  |

※　既に別様式で上記の内容が分かる書類があれば、上記表の作成に代え当該書類を添付していただいても結構です。その場合、上記の表中に「別紙○○〇〇（書類の標題名）のとおり」とお書きください。

※　記載した病院又は社会福祉施設のうち２つ（上記１の国又は地方公共団体が運営のものを優先）は契約書の写しを提出してください。