（様式第２号）

同種の事業実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |

当該業務の実績について、次のとおり資料を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 病　床　数 | 床 |
| 事 業 期 間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ２ | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 病　床　数 | 床 |
| 事 業 期 間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ３ | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 病　床　数 | 床 |
| 事 業 期 間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| ４ | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 病　床　数 | 床 |
| 事 業 期 間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ５ | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 病　床　数 | 床 |
| 事 業 期 間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |

* 該当する施設が多数ある場合は、代表的な施設について記載してください。
* 参考として事業期間を記載してください。