【様式３】

資本金：　　　　　　　　　円

給食業務受託実績一覧

会社名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 病院名 | 区分 | 病床数 | 実施期間 | 年数 |
| 1 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 2 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 3 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 4 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 5 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 6 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 7 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 8 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 9 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |
| 10 |  | 公・民 |  | 平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日 | 年 |

　※　病床数の多い契約から順に記載してください。

　※　行数が足りない場合は、挿入して追加してください

　※　委託業務が継続中のものについては、実施期間は契約満了日を記載してください。