様式３－１

**業務実績書**

**（※事業所としての実績）**

会社名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院経営支援実績  ［令和２年４月１日以降において、２００床以上の経営改善支援業務を受注した実績］ | | | |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |

※本紙は、事業所としての受注実績を記入してください。

用紙が不足する場合は適宜コピーしてください。

（　　／　　ページ）

様式３－２

**業務実績書**

**（※配置予定者の実績）**

担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院経営支援実績  ［令和２年４月１日以降において、２００床以上の経営改善支援業務に従事した経験］ | | | |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |
| 発注者・医療機関名 |  | | |
| 業務発注形態 | （　プロポーザル方式　・　入札方式　）　　　どちらかに○ | | |
| 主な業務内容 |  | | |
| 許可病床数 | 床 | 上記業務への従事者数 | 人 |
| 契約年度(和暦) | 年度 | 業務期間（和暦） | ～　　（　年間） |

※本紙は、配置予定者ごとに業務実績を記入してください。

用紙が不足する場合は適宜コピーしてください。

（　　／　　ページ）