

【様式2】

医事業務の受託実績書

会社名	
-----	--

医事業務受託状況 (平成30年4月1日現在)

1. 主な受託先病院 (病床数の多い順から5施設以内を記入して下さい。)

	病 院 名 (受託期間)	所 在 地 (市町村名)	病床数	備 考
1	(H . ~ H . )			
2	(H . ~ H . )			
3	(H . ~ H . )			
4	(H . ~ H . )			
5	(H . ~ H . )			

2. 全体の受託状況 (上記病院を含む)

受託施設の件数		左欄の受託施設の地域内訳	
病 院	施設	熊本県内	施設
		福岡県内	施設
		その他九州圏内	施設
		九州圏外	施設