（様式２）

業　務　実　績　調　書

　　年　　月　　日

公益財団法人豊田地域医療センター

理事長　宮　川　秀　一　　様

（提出者）住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

愛知県内における同規模以上の主な委託先は以下の通りです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所在地 | 病床数 | 契約機関 | 主な業務内容 |
| 例）豊田地域医療センター | 豊田市 | 190床 | 2022年4月～現在 | 受付窓口業務、会計業務レセプト業務、診療予約業務 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※記載は、最大5病院までとする。