様式２

同種業務実績調書

受託先医療機関の名称

許可病床数

ＤＰＣ対象病院となった時期　　　　令和　　　年　　　月　　　日

ＤＰＣ準備病院となった時期　　　　令和　　　年　　　月　　　日

受託業務の内容

受託期間　　　　　　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日

その他特記事項

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

所 在 地

会社名

代表者氏名 　　　　　　　　印

［記載上の注意］

同時期に複数の受託実績があるときは、許可病床数の最も多い医療機関に係る実績を記載してください。