**（様式３）**

年　　月　　日

藤沢市長

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

業　務　実　績　表

　本業務と同種の業務で、現在も継続して受託している３００床以上を有する医療機関との業務実績を、病床数の上位７件分を記入してください。

７件に満たない場合は、対象契約数分を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務実績① |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |
| 業務実績② |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務実績③ |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務実績④ |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |
|  |  |
| 業務実績⑤ |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 業務実績⑥ |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |
|  |  |
| 業務実績⑦ |  |
| 業務名 |  |
| 業務対象施設 |  |
| 契約期間 |  |
| 業務内容 |  |
| 診療材料の削減方法 |  |
| 診療材料の削減成果について | ※具体的な金額は不要で、委託者から要求されている削減成果を達成できているか、未達成であればその課題は何かを記入してください。 |

※「代表者職氏名」については、参加資格要件を満たす者が受任者（支店・

営業所等）の場合には、受任者の所在地・名称を記載してください。

名称（例：〇〇（株）□□支店）、役職氏名（例：□□支店長△△△△）