

契約履行実績調書

申請者

郵便番号

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

令和 2 年 4 月 1 日から本告示の日までの病床数 1 0 0 床以上の医療機関における同種の契約履行実績は次のとおりです。

No.	照会事項	回答欄
1	件 名	
2	病院名（病床数）	病院（病床数 床）
3	病院の所在地	
4	契約日	年 月 日
5	契約金額（税込み）	円

No.	照会事項	回答欄
1	件 名	
2	病院名（病床数）	病院（病床数 床）
3	病院の所在地	
4	契約日	年 月 日
5	契約金額（税込み）	円

- * 契約履行実績が複数ある場合は、できるだけ自治体等の公立病院の実績を記載してください。
- * 「同種の契約履行実績」とは、「医療機器の買取」と解してください。
- * 記載した契約履行実績について、これを証するものとして契約書の写し（両者の押印、件名、契約日、契約金額が確認できる部分のみで可。開示不都合箇所黒塗り可）を添付してください。