

(別添5様式6)

実 績 申 告 書

令和 年 月 日

愛媛県立新居浜病院長 様

(申込者)
住 所

商号又
は名称

代表者職氏名

⑩

弊社の売店の運営実績について、次の通り証明いたします。

記

令和 年度（ 月から 月まで） ○○県××病院
・病院の住所、電話番号、担当者名
・契約書（写）添付のこと

注）売店の運営実績とは、過去5年間における100床以上の病院においての
運営実績のうち、12ヶ月以上継続して行った病院に限る。