様式２

令和　年　月　日

　加東市病院事業管理者　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 |  |

受託実績届出書

令和５年度　加東市介護老人保健施設ケアホームかとう給食業務委託（長期継続契約）に係る公募型プロポーザルの参加資格に示す実績を下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設、医療機関名 | 定員(床)数 | 履行期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考　この表には平成３０年度以降における５０床以上の高齢者施設、医療機関での受託実績を記入し、記入欄が不足するときは適宜追加すること。