

(様式4)

年 月 日

検査試薬卸業務実績一覧

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部
神奈川県済生会
支部長 赤星 透 殿

住所（所在地）
氏名（法人名）
（代表者名）

印

標記の件につきまして、下記の内容に相違ないことを証明いたします。

(1) 検査試薬卸総受託件数（現在継続受託中の実績のみ記載、システムのみ提供等は含めない）

① 検査試薬の納品実績総数	件
---------------	---

(2) 年間売買実績明細（一般病床500床以上）

現在継続受託中の実績のうち、総病床数を基準として上位10件までを記載すること。

No	病院名	総病床数	開始年月	特記事項 (他受託業務等)
			検査試薬の卸業務	
1		床	年 月～	
2		床	年 月～	
3		床	年 月～	
4		床	年 月～	
5		床	年 月～	
6		床	年 月～	
7		床	年 月～	
8		床	年 月～	
9		床	年 月～	
10		床	年 月～	