（様式５）

**類似業務の営業実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（氏名又は名称） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 施設名称及び所在地 | 備考(病床数) |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注1）令和○年○月○日以降に、日本国内における40床以上の病院（医療法（昭和23年法律第205号）第１条の5第1項に規定する病院をいう。）において、1年以上継続して類似業務を運営した実績を記載してください。