

様式 3

運 営 事 業 実 績 届

平成 年 月 日

(提出者) 所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

病 院 名	病 床 数	運 営 期 間
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～
		～

その他運営期間 3 年以上の施設数 _____