令和　　年　　月　　日

（宛先）　茅ヶ崎市病院事業管理者

所在地

名称

代表者名　　　　　　　　　　　　印

実　力　書

本社所在地：

事業所所在地：

資　本　金：

設立年月日：

従業員数：

事業所数：

単位：百万円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和元年度 | 令和２年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 |
| 年間売上金額 |  |  |  |  |  |
| 経常利益（損失） |  |  |  |  |  |
| 当期利益（損失） |  |  |  |  |  |

単位：件

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和元年度 | 令和２年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 |
| 病院給食業務受注実績（200床以上） |  |  |  |  |  |
| 上記受注実績のうち、契約更新をした実績（令和５年度時点で契約を継続しているもの） | | | | |  |