（様式２）

事業所概要

**１　事業所概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 認証取得状況 |  |

**２　導入実績**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 医療機関名 | 病床数 | 件名 | 契約期間 |
| 例 | 地方独立行政法人 市立東大阪医療センタ－ | 520床 | ナースコール更新等にかかるシステム構築等業務 | 2025年3月 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |