（様式第３号）

**静岡県内の病院における床頭台等設置運営事業実績表**

平成30年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所または所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

静岡県内の病院における床頭台等設置運営事業の実績（継続して３年以上のもの）について記入すること。

病床数の多い病院を優先して、最大５病院まで記入すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **経営主体** | **病院名称** | **病床数** | **運営時期** | **設置運営事業内容（該当するものに○を記入）** | | | |
| 床頭台 | テレビ | 冷蔵庫 | その他（具体的に記載する） |
|  |  |  | 年　月　日から  年　月　日まで |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日から  年　月　日まで |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日から  年　月　日まで |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日から  年　月　日まで |  |  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日から  年　月　日まで |  |  |  |  |

運営時期について、平成30年11月30日時点で継続中のものは終了年月日を記入せず継続中と記載すること。