

会社概要

商号又は 名称			
住所又は 所在地			
代表者氏 名			
設立年月 日			
資本金			
従業員数	役員		
	正社員		
	パート・ アルバイト等		
業 務 実 績			
	病院名	実施期間	病床数
1		年 月 日から 年 月 日まで	
2		年 月 日から 年 月 日まで	

※本様式には会社規模（本社）を記載してください。

※業務実績については、実績を証明する書類（契約書のコピー等）を添付すること。なお、2件以上ある場合は、任意の2件の書類添付のみでよい。