様式第６号

事　業　概　要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 | |  |
| 代表者職・氏名 | |  |
| 住所（所在地） | |  |
| 島根県内支社，  営業所等の有無 | | 有　　・　　無  所在地： |
| 設立年月日 | |  |
| 資本金 | |  |
| 企業理念 | |  |
| 事業経歴 | |  |
| 事　業　内　容 | 事業種目 |  |
| 取扱品目 |  |
| 年間売上高 |  |
| 従業員数 | 人（うち県内支社等の社員数　　　　　　人） |
| 関係会社 |  |
| 主な取引先 |  |
| 支店・営業所数 |  |
| 免許・資格等の有無 | |  |

【注意事項】

１．「免許・資格等の有無」欄には、本公募に関する貴社の本社・生産工場等において既に取得している免許や資格並びに有資格者の人数等を記載してください。

２．欄内に書ききれない場合には、別紙(Ａ４サイズの任意様式)に記載し、添付してください。

（次ページに続く）

様式第６号

入院セット提供業務実績（令和２年10月1日から令和７年９月30日までの間に１年以上継続して実施した実績）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在県名 | 病院名 | 病床数 | 業務内容 | 契約期間 |
|  |  | 床 |  | 年　月　日から  年　月　日まで |
|  |  | 床 |  | 年　月　日から  年　月　日まで |
|  |  | 床 |  | 年　月　日から  年　月　日まで |

　上記について、実績が証明できる契約書の写し等の提出をお願いすることがあります。

その他

事業概要についてその他アピールしたいことを記入してください

|  |
| --- |
|  |