様式第3号

**会社（業務）概要書**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 住所（所在地） |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 企業理念 |  |
| 事業経歴（沿革） |  |
| 営業所数 | 全数：　　　　　　　　　　　　埼玉県内数： |
| 従業員数 | 正社員：　　　　　　　　　　　パート等 |
| 直近の営業収益額 |  |
| 事業実績※説明書「2参加資格要件」にある事業実績のうち代表的なものを記載 | 病院名：所在地：病床数：　　　　　　　　床契約期間：　　　　　年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 |
| 病院名：所在地：病床数：　　　　　　　　床契約期間：　　　　　年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 |
| 病院名：所在地：病床数：　　　　　　　　床契約期間：　　　　　年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 |
| その他特記事項 |  |