**実績調書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 病床数 | 出張旅費システム  導入年度 | 保守期間  （年） |
|  |  |  | . . 　　～　 . . |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注１：記載のない部分がある場合、その期間について評価の対象としません。

注２：上記の内容を確認できる書類（契約書の写し　など）を添付してください。