

## 運 営 実 績 報 告 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構  
理事長 様

住 所

(所在地)

法人名

(名称及び代表者氏名)

実印

大阪市立総合医療センター入院セット運営事業者募集の企画競争参加資格として、次のとおり報告します。

番号	施設名及び病床数	所 在 地	営業期間
記入例 1	〇〇医療センター 800床	大阪府〇〇市〇〇町×番×号	平成〇年〇月～ 令和〇年〇月
記入例 2	〇〇病院 400床	大阪市〇〇区〇〇×丁目×番 ×号	平成〇年〇月～ 現在も営業中

※ 病床数400床以上の病院での運営について、3年以上継続して安定運営した実績を記入すること。（多数の場合は、5箇所まで記入すること。）