（様式2号）

|  |
| --- |
| 会社概要・医療機器導入実績 |
| 商号又は名称 |  | 代表者氏名 |  |
| 本店設立年月日 |  | 本店所在地 |  |
| 担当支店開設年月日 |  | 担当支店所在地 |  |
| 担当支店従業員数 | 【支店職員】　　　　名　　【病院従事職員】正社員：　　　 名、パート･アルバイト：　　　 名 |
| 県内取引病院数(50床以上300床以下) | 　　　　　病院（平成　　年　　月　　日現在） |
| 県内導入実績(50床以上300床以下）逐次型空気圧式マッサージ器の導入実績 | ①病院名（病床数）： | 所在地： |
| 装置名(メーカー)： | 導入年度： |
| 規格： | 数量： |
| ②病院名（病床数）： | 所在地： |
| 装置名(メーカー)： | 導入年度： |
| 規格： | 数量： |
| ③病院名（病床数）： | 所在地： |
| 装置名(メーカー)： | 導入年度： |
| 規格： | 数量： |
| ④病院名（病床数）： | 所在地： |
| 装置名(メーカー)： | 導入年度： |
| 規格： | 数量： |