様式５

**契　約　実　績　一　覧**

仕様書と同等の全身用Ｘ線ＣＴ診断装置またはＭＲＩ診断装置の県内納入実績

直近７事業年度における契約施設数 ：　　　　件（１件以上必須）

（１００床以上の病院）を記載してください。

このうち、具体的な病院名および所在地を金額上位３施設まで下記に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 病院名・所在地・病床数 | 機器名・メーカー  契約金額（円） | 備考 |
| 令和　年度 |  |  |  |
| 令和　年度 |  |  |  |
| 令和　年度 |  |  |  |