

1. 貴社の直近の事業年度における次の事項について記載してください。
 (※ただし下記2. ①及び②とも「無」に○印を記載した場合は、記載不要です。)

①総売上高又は事業収入

千円

②国立病院機構との取引高

千円

③上記①に占める②の割合(①/②)

%

2. 契約予定日(令和 年 月 日現在)において、次の①又は②に関する該当の有無を記載願います。
 (※ただし、上記1. ③において、33. 3%(1/3)未満の数字を記載した場合は、記載不要です。)

①国立病院機構の役員を経験した者に係る貴社への再就職の有無

有 ・ 無

②国立病院機構の課長相当職(※1)以上の職を経験した者に係る貴社の役員等(※2)への再就職の有無

(※1)「課長相当職」とは、役職手当の支給対象となる職員(専門職、医長、看護師長以上など)です。

国立病院機構職員給与規程別表第15参照 <HPの給与規程のURL: <http://www.hosp.go.jp/12,5401,81.html>>

(※2)「役員等」には、役員のほか、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、経営や業務運営について、助言するなどにより影響力を与え得ると認められる者を含みます。

有 ・ 無

3. 上記1③において、33. 3%(1/3)以上の場合、かつ、上記2において、①、②のいずれかが「有」であった場合に、以下について、記載してください。

①再就職者の人数

人

②貴社における職名及び国立病院機構における最終職名(複数名該当する場合は全て記載してください)

貴社における職名	国立病院機構における最終職名

4. 上記1から3までに協力できない場合に、協力できない旨を記載してください

国立病院機構宇都宮病院 担当者あて

令和 年 月 日

住所

会社名

代表者

印