（様式３）

会 社 概 要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 商号または名称 |  |
| ２ | 本社所在地 |  |
| ３ | 代表者名 |  |
| ４ | 創設年  （入院セット事業　業務年数） | 年　（　　　　年） |
| ５ | 資本金 | 円 |
| ６ | 従業員数（正社員） | 名 |
| ７ | 本業務に必要と思われる医療安全管理の知識を有する者の人数 | 人数  　　　　　　　　名 |
| 応募者が業務上必要と考える知識を有する社員の人数を記入（必要に応じて行を追加） |
| ８ | 業務内容 |  |