契約件名：

契約に係る公表対象確認書

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」に〇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地域医療機能推進機構との取引高

千円

③上記①に占める②の割合（②／①）

％

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地域医療機能推進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地域医療機能推進機構の課長相当職（※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です。

（別表「役職手当支給対象者表」参照）

（※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地域医療機能推進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	地域医療機能推進機構における最終職名

４．　上記１から３までの回答に協力できない場合に、協力できない理由を記載してください

地域医療機能推進佐賀中部病院　担当者あて

令和　　年　　月　　日

住所

会社名

代表者　　印