

### 様式3

決 裁 欄	担当者

岩手県立胆沢病院長 様

受託社名

業務従事責任者

印

# 電話交換業務完了報告書

業務実施年月日	令和            年            月            日            曜日	
業務実施時間	午 前 8時30分    ～    午 後 5時15分まで	
業務従事者名		
請求書発行件数	入院患者あて 件	
	職員(団体)あて 件	
	その他 件	
日常点検結果	不良個所の状況 良好            ・            不良 <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 150px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span>	
特 記 事 項		