（様式３）

**営業実績及び出店状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 |  |
| 電話 |  |
| 商号・名称 |  |
| 代表者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 施設名称及び所在地 | 備考(病床数) |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注1）主な売店営業実績及び現在、行っている売店出店先の状況について記載してください。

注2）病院における売店営業の実績がある場合は、備考欄に病床数をあわせて記載してください。