

令和 年 月 日

業 務 実 績 一 覧 表

地方独立行政法人市立吹田市民病院

理事長 宛

住所または所在地

商号または名称

代表者氏名

印

下記のとおり業務実績に関して入札参加資格要件を満たしていることを、関係書類を添えて証明します。なお、本記載内容について事実と相違することが判明した場合は、入札を無効、あるいは落札決定を取り消しとされても異議ありません。

No	契約期間	実施施設	病床数	派遣人員数
例	令和3年4月1日～令和6年3月31日	〇〇病院	500	5
1				
2				
3				
4				
5				

(注)

- ・当該契約と同等の実績について記入すること。
- ・記入は最大5件までとすること。
- ・業務委託内容が確認できる書類（業務委託契約書など）を添付すること。