

年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所
称号又は名称
代 表 者

印

業務実績調書

下記調書のとおり相違ないことを誓約します。

項目		1	2
業務名称等	業務名		
	発注者名		
	業務場所		
	最終契約額 (税込)	円	円
	履行期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
業務内容 ※入札公告に定める会社の業務実績を満たしていることが分かるように具体的に記載すること。			

【注意事項】

・虚偽記載は、指名停止措置の対象となる。記載漏れ、誤記載により確認できないものは失格となる。

【添付書類】

・契約書（変更がある場合は変更後も含む。）又は実績証明書の写しを添付すること。また、これらの書類により業務内容が入札公告に定める実績を満たしていることが確認できること。