

契約履行実績調書

申請者

郵便番号

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

病床数 3 0 0 床以上の公的医療機関において、本件と同種※の契約履行実績は次のとおりです。

No.	照会事項	回答欄
1	件名	
2	病院名 (病床数)	病院 (床)
3	病院の所在地	
4	契約日	年 月 日
5	履行期間※	年 月 日 ～ 年 月 日
6	契約金額	円

No.	照会事項	回答欄
1	件名	
2	病院名 (病床数)	病院 (床)
3	病院の所在地	
4	契約日	年 月 日
5	履行期間※	年 月 日 ～ 年 月 日
6	契約金額	円

※ 契約履行実績が複数ある場合は、直近で契約履行した実績を記載してください。

※ 「同種」とは、「院内滅菌消毒業務」と解してください。

※ 記載した契約履行実績について、これを証するものとして契約書の写し（両者の押印、件名、契約日、契約期間、契約金額が確認できる部分のみで可。開示不都合箇所黒塗り可。）を添付してください。