実　績　調　書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人に当たっては所在地） |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話・メールアドレス | ＴＥＬ　　　　　　　　　　電子メール |
| 件　名 | 高松市帳票（福祉保健系）作成等業務委託 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契約相手方  （国・地方公共団体等名称） | 業　務　名 | 業　務　概　要 | 履行期間 |
| 契約金額（千円） |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
| （その他特記すべき事項） | | | |

　備考　１　過去２年の間に、国（独立行政法人及び公社を含む。）又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契約を締結し、当該契約をすべて誠実に履行した実績を記入してください。

２　上記の内容が確認できる書類（契約書（仕様書含む）の写し等）を添付すること。