（様式第２号）

**契約（取引）実績等調書**

令和　　年　　月　　日

申請者　所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | 契 約 年 月 | 契 約 件 名 | 契約金額 | 取 引 先 |
|  | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |  |  |  |

（注）記入上の注意

1) 入札公告で示した入札参加資格を満たす契約のみ記載すること。

2) 契約毎に、契約日、履行期間、契約件名、金額、取引先を記載すること。

3) 記載した契約について、契約書等の写しを添付すること。

4) 仕様書等の契約書付属文書で入札参加資格に触れないものは、添付を省略可。

**5) 契約書等の写しがない場合は、別紙「契約(取引)実績に係る証明書」(様式第３号）により発注者の証明を取得して添付すること。**

（様式第３号）

**契約（取引）実績に係る証明書**

（発注者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　（受注者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

　　　大阪府立病院機構のＭｅｄｉｃａｌ Ｇａｔｅサポートセンター運営業務の委託契約に係る入札参加資格審査申請を行うに当たり、同病院機構に提出する必要がありますので、下記のとおり取引があったことを証明願います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契 約 件 名 | 契約年月 | 契約金額  （円） |
|  | 年　 月 　日  から  　 年　 月 　日 |  |
|  | 年　 月 　日  から  　 年　 月 　日 |  |
|  | 年　 月 　日  から  　 年　 月 　日 |  |

　　上記の取引について、完全に履行されたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　 　月 　　日

　　　　　　　　　　　（発注者）

　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印