

(日本工業規格 A 4 縦長型)

入札参加資格説明資料

令和 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
本部事務局長 宛

神奈川県入札参加資格者名簿認定番号

企業名称

住所

電話番号

代表者職・氏名

印

入札担当者情報

部署名	
氏名	
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	

下記の受託実績を有します。

記

No.	事業名	発注者	受託期間	職員数
1			R●.●●~R●.●●	人
2				人
3				人
4				人
5				人
6				人

No.	事業名	発注者	受託期間	職員数
7				人
8				人
9				人
10				人

※ 過去5年以内の実績について記載してください。

※ 各受託実績の契約書の写しを添付してください。なお、全てのページの写しは必要ありません。事業名、発注者及び受託機関が記載されたページのみ添付してください。