

(様式1)

会 社 概 要

商号又は名称	
代表者職氏名	
所在地	
担当部署 の連絡先	担当部署名： 電話： 電子メールアドレス： 担当者名： ファックス：
設立年月日	
資本金	
売上高	
従業員数	名（令和 年 月末現在）
事業概要	
保有する資格	※認定証等の写しを添付すること
宮城県内支店所在地 (なければ記入不要)	

(様式2)

業 務 実 績 表

No.	業務名	発注者	業務場所(対象病院名)	業務概要	履行期間	備考
					年 月 日から 年 月 日まで	
					年 月 日から 年 月 日まで	
					年 月 日から 年 月 日まで	
					年 月 日から 年 月 日まで	

*記載上の注意

- ・令和元年4月1日以降に元請として受託した病院における改修業務および什器更新業務の実績を記載すること。
- ・150床以上の病院を業務場所とし、プロポーザル参加意向申出書の提出日時点において直近に履行した実績は必ず含めること。
- ・記入欄が不足する場合は適宜追加すること