

業務受託実績調書

【福山市高齢者服薬情報通知業務】

所在地

商号又は名称

代表者職名前

業 務 名	
発注機関名	
契 約 金 額	
履 行 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
作 業 人 員	

業 務 名	
発注機関名	
契 約 金 額	
履 行 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
作 業 人 員	

- 1 地方公共団体（一部事務組合を含む。）が発注した重複多剤服薬通知業務であって、過去10年間の間に当該業務を完了した実績がある者であること。
- 2 記載した実績について、これを証するものとして契約書の写しと業務の概要を把握できる書類を添付すること。