様式　２

**業　務　実　施　証　明　書**

令和　　年　　月　　日

高知県立あき総合病院長　前田　博教　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住 所 |  |
|  |  |  |
|  | 氏名 | 印 |

「**手術室空調設備保守点検業務委託**」に係る入札に関し、入札参加資格の要件を満たし、仕様書のすべての事項を満たして業務を実施することを証明します。

記

１ 登録名簿・番号　（※登録番号を記載すること。一方のみで可。）

　□　平成30年・令和元年・令和２年度指名競争入札参加資格者登録名簿

（設備保守管理業務）

　　　登録番号（　　　　　　　）

　□　平成30年度から令和２年度競争入札参加資格者登録名簿

（物品購入等関係）

　　　 登録番号（　　　－　　　）

２ 添付書類

**実績報告書**

　　※**200床以上の病院との間において、過去５年間に当該業務と同等の契約を締結し適切に履行した実績があること。（様式自由）**

３ 担当者氏名

４ 連絡先

(1) 電話番号

(2) ファクシミリ番号

(3) 電子メールアドレス