様式４

業　務　実　績

**（プレハブ診療施設等）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発 注 者 |  |
| 業 務 名 |  |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| ２ | 発 注 者 |  |
| 業 務 名 |  |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| ３ | 発 注 者 |  |
| 業 務 名 |  |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| ４ | 発 注 者 |  |
| 業 務 名 |  |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |

　※　業務実績の内容が確認できる書類（契約書の写し等）を添付すること。

※　過去10年間の間にプレハブによる診療施設等（建築面積30㎡以上の施設に限る。）の設置、建設及び賃貸の業務実績を４件以内で記載すること。