

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。