

(様式第 4 号の 2)

契約（取引）実績に係る証明書

年 月 日

<発注者>

様

<申請者>

住 所
商号又は名称
代表者名

印

職員定期健康診断等業務に係る入札参加資格確認申請のため、社会福祉法人大阪府障害者福祉事業団に提出する必要がありますので、下記のとおり取引があったことを証明願います。

記

契約件名	履行期間	契約金額（税込）
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円

上記取引について、完全に履行されたことを証明します。

年 月 日

<発注者>

住 所
商号又は名称
代表者名
電話番号
【連絡先 担当者名
【連絡先 電話番号

印

※入札公告で示した入札参加資格を満たす契約のみ記載すること。

※契約毎に、契約件名、履行期間、契約金額を記載すること。

※記載した契約（取引）があった旨を、発注者の証明を取得し、提出すること。

※欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。

※証明内容について、照会を行う場合がありますので、発注者の担当者名、電話番号を明記願います。

(様式第4号の2)

留意点等

契約（取引）実績に係る証明書

年 月 日

<発注者>

様

※「申請者」とは、代表権を有する方を示します。

<申請者>

住 所

商号又は名称

代表者名

※「申請者」の印は、「印鑑証明書」記載の印鑑を押印してください。

印

※[件名]には、入札公告で示す「案件名称」を記載してください。

[件名]に係る入札参加資格確認申請のため、社会福祉法人大阪府障害者福祉事業団に提出する必要がありますので、下記のとおり取引があったことを証明願います。

※入札公告で示す「入札参加資格」の要件を満たす契約（取引）実績を記載してください。

※契約書の写しがない場合に、必要な件数分作成してください。

契約件名	履行期間	契約金額（税込）
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円

上記取引について、完全に履行されたことを証明します。

年 月 日

<発注者>

住 所

商号又は名称

代表者名

電話番号

【連絡先 担当者名

【連絡先 電話番号

※「発注者」（取引先）の証明を受けてください。

印

※入札公告で示した入札参加資格を満たす契約のみ記載すること。

※契約毎に、契約件名、履行期間、契約金額を記載すること。

※記載した契約（取引）があった旨を、発注者の証明を取得し、提出すること。

※欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。

※証明内容について、照会を行う場合がありますので、発注者の担当者名、電話番号を明記願います。