様式第４号

**類似業務履行実績調書**

法人名称

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ２ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ３ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ４ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ５ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |

　１　平成27年度以降に委託を受けた健康増進計画策定支援の完了実績を記載してください。

２　記入欄が不足する場合は、適宜、拡大又は追加してください。

３　人口４万人以上の自治体での実績数が審査対象となります。（ただし、業務完了しているものに限ります。）詳しくは審査基準のとおりです。