様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＮＯ.１

業務実績確認書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |  |

**本件同種・類似業務の受注実績を記入すること。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額（税込） | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額（税込） | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額（税込） | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果 |  |

様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＮＯ.２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額（税込） | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果 |  |
| ５ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額（税込） | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果 |  |

※　必要に応じて行の追加自由。

※　実績の契約日が直近のものから記載すること。

※　業務受注実績がわかる契約書の写しを添付すること。

※　同種業務及び類似業務の定義は、以下のとおりとする。

ア　同種業務１＝老人福祉計画（高齢者福祉計画）及び介護保険事業計画の受注実績

イ　同種業務２＝障害者計画及び障害福祉計画の受注実績

ウ　同種実績３＝地域福祉計画及び地域福祉活動計画の受注実績

エ　同種実績４＝健康増進計画の受注実績

オ　類似業務１＝総合計画の受注実績

カ　類似業務２＝地方創生人口ビジョン・総合戦略の受注実績