様式４

**履　行　実　績　証　明　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

履行者　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　山形市立病院済生館が実施する「物品管理センター・ＭＥセンター・中央材料室運営業務　公募型プロポーザル」に係る資格審査に必要となりますので、下記業務を誠実に履行したことを証明願います。

記

物品管理センター・ＭＥセンター・中央材料室運営業務に類する次の業務を１者で履行したこと証明する。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名称 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関の病床数 | 床 |
| 履行期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |

令和　　年　　月　　日

証明者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印