様式２

会　社　概　要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 設立年月日 | 年　　月　　日 | 従業員数 | 人 |
| 資本金 | 円 | 売上高 | 円 |
| 営業利益 | 円 | | |
| 営業内容 |  | | |

※　その他、会社の概要がわかるパンフレット・カタログ等があれば添付すること。

類　似　業　務　実　績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発 注 者 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| ２ | 発 注 者 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| ３ | 発 注 者 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| ４ | 発 注 者 |  |
| 契約件名 |  |
| 契約金額 |  |
| 契約期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 |

※　令和元年度から令和５年度において、小金井市又は他官公庁の保健事業に関する

同種の業務の履行完了実績

※　契約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。