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 |

※過去５年（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。