（様式３）

令和　年　　月　　日

　　大分市長　足立　信也　様

所在地

商号又は名称

代表者名

同種又は類似業務の受託実績

　大分市救急医療電話相談事業（♯7119）運営業務についての同種又は類似業務の受託実績は次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  | | |
| 受託金額 |  | | |
| 業務概要 | （ 同種 ・ 類似 ）※いずれかに〇 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  | | |
| 受託金額 |  | | |
| 業務概要 | （ 同種 ・ 類似 ）※いずれかに〇 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  | | |
| 受託金額 |  | | |
| 業務概要 | （ 同種 ・ 類似 ）※いずれかに〇 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受託事業 |  | 委託者名 |  |
| 受託期間 |  | | |
| 受託金額 |  | | |
| 業務概要 | （ 同種 ・ 類似 ）※いずれかに〇 | | |

※公告日から過去5年間に受託した本件業務と同種又は類似の業務の元請実績を記入すること（同種：国又は地方公共団体から受託した#7119業務、類似：国又は地方公共団体から受託した、＃7119類似番号や＃8000による電話相談業務や、その他の医療・保健に関する電話相談業務）。

※契約書（写）等の内容が確認できる資料を添付すること。

※委託者が同一であっても受託期間が異なる場合は、それぞれ分けて記載すること。

※必要に応じて、適宜枠を追加して使用すること。