業務実績書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注自治体名 | 業務の内容 | 履行期間 |
|  |  |  | 年　　月～  年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～  　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～  　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～  　　年　　月 |

※一般介護予防業務を地方公共団体との間で契約締結した実績を記載してください。

※記載する優先順位は、①福井県内自治体との契約で履行完了したもの、②福井県内自治体との契約で履行中のもの、③県外自治体との契約で履行完了したもので記載してください。