

病院の清掃業務に関する履行実績証明書

清掃業務の名称	
業務履行場所(住所)	
対象病院の名称	
業務発注者	
受託者(業者名称)	

履行期間	病床数	手術室数	清掃床面積	請負金額	契約解除の有無
平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	床	室	m ²	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (該当欄にチェック)

注) 対象病院の外来及び病棟の全域を履行したものに限り、書類提出時に履行期間を完全に満たしていること。最新の実績に関するものを提出すること。証明者にて封筒にいれ封印されたものを提出すること。

上記のとおり履行したことを証明する。

令和 年 月 日

住所

代表者名

ご担当者・連絡先

印