（様式２）

**契　約　履　行　実　績　証　明　書**

令和　　年　　月　　日

奈良県立病院機構　理事長職務執行者

副理事長　岡野　年秀　殿

住 　　所

商号・名称

　次のとおり契約履行実績があることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約名称 | 契約年月日  （契約期間） | 契約相手方 | 契約内容（品名、数量等） | 契約金額(千円) |
|  |  |  |  |  |

注）過去５年間に履行完了した契約の契約書の写し又は契約相手方による契約証明書を別添してください。