（様式２）

実績証明書

令和　　年　　月　　日

岡山市長　大森　雅夫　様

住所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　人材派遣業務（保健師・助産師・看護師）に関する実績は以下のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自治体名 | 派遣業務名 | 契約金額(税込) | 派遣期間 | １日当たり  最大派遣人数 |
|  |  | 円 | ～ |  |
|  |  | 円 | ～ |  |
|  |  | 円 | ～ |  |
|  |  | 円 | ～ |  |
|  |  | 円 | ～ |  |
|  |  | 円 | ～ |  |

注１　平成２８年４月１日以降、地方公共団体から元請として受注した人材派遣業務（保健師・助産師・看護師）について、それぞれの実績を記入してください。

注２　記入した業務のうち、派遣期間１か月以上、１日当たり最大１５人以上派遣した直近１業務の契約書の写しを添付してください。