様式２

**業務提供実績証明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 実績１ | 実績２ |
| 業務提供先 |  |  |
| 契約年月日 |  |  |
| 契約名称 |  |  |
| 業 務 内 容 |  |  |
| 提供金額 |  |  |
| 備考 |  |  |

上記業務を提供したことを証明します。

令和　 年 　月 　日

地方独立行政法人静岡県立病院機構

理事長　田中　一成　様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者氏名 　印