【様式３】

**類 似 契 約 実 績 書**

法人名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ２ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ３ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ４ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ５ | 発注自治体名 |  |
| 契約件名 |  |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

※契約書の写し等の履行実績を証する書類を添付してください。なお、写しは、契約件名、契約金額、契約当事者が表記されている部分で結構です。

※健康増進計画策定支援の完了実績を記載してください。アンケート調査や印刷など、業務の一部の実績は該当しません。（人口20万人以上の自治体かつ令和２年度以降の業務実績件数により配点があります。詳細は審査基準のとおりです。）

※人口20万人以上の自治体又は令和２年度以降の「食育推進計画」、「歯と口腔の健康づくりに係る計画」の策定支援の完了実績を記載してください。調査業務のみは対象外です。

※記入欄が不足する場合は、適宜、拡大又は追加してください。