

哺乳瓶等滅菌・洗浄業務委託履行実績証明書

令和 4 年 月 日

公立大学法人奈良県立医科大学
理事長 細井 裕司 殿

住 所

法人名

代表者

印

項 目	内 容
1. 契 約 名 称	
2. 契 約 年 月 日	① 年 月 日
3. 契 約 期 間	① 年 月 日から 年 月 日まで
4. 契約相手方名、住所、電話番号 (国、地方公共団体又は法人等の 部局課名を記入してください。)	
5. 対象施設の名称及び住所	
6. 対象施設の病床数	床
7. 履行証明 (契約の相手方に証明してもらってくだ さい。)	上記契約が誠実に履行されたことを認めます。 令和 4 年 月 日 住 所 組 織 名 代表者名 <div>代 表 者 印</div>