

## 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  <table border="1" data-bbox="1220 1780 1391 1937"><tr><td>代 表 者</td></tr><tr><td>印</td></tr></table>	代 表 者	印
代 表 者			
印			