被保護者健康管理支援事業等官公庁受託実績書

様式３

貴社の官公庁受託実績（都県区市町村等発注の被保護者健康管理支援事業等に関する受託実績）を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 区市町村名 | 受託業務の種類・内容 | 従事職員数 | 処理件数（年間） |
|  |  |  | 人／日 | 件 |
|  |  |  | 人／日 | 件 |
|  |  |  | 人／日 | 件 |
|  |  |  | 人／日 | 件 |
|  |  |  | 人／日 | 件 |

* １　過去３年分の受託実績を新しい順に記載してください。
* ２　記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。（複数枚可）