

様式第2号

岩手県後期高齢者医療広域連合ジェネリック医薬品利用差額通知等業務
委託に係る公募型プロポーザル参加資格確認資料

1. 企業概要

区 分		内 容
本 社	所在地	
	代表者役職・氏名	
	設立年月日	
	資本金額	
	従業員数	
支 社 等	商号名称	
	所在地	
	代表者役職・氏名	
	従業員数	

※「支社等」欄には、本業務が可能な最寄りの支社または営業所等を記入すること。

※上記が確認できる書類がある場合、書類のみの添付を可とする。(会社概要、登記簿謄本等)

2. 履行実績

業務名	
発注者名	
履行場所 (後期高齢者医療広域連合名)	
契約金額	
履行期間	
その他	

※ 契約書の写しを添付すること。