年　　月　　日

業　務　経　歴　　／　職　員　数

横浜市契約事務受任者

　業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

契約番号　　　　－

件名　　　横浜市立特別支援学校福祉車両等運行業務委託（中村特別支援学校／人工呼吸器・医療的ケア対応／看護師同乗）その２

（１）上記案件について、次のとおり直近５年間に「車両の運行と車内での医療的ケアを一括で実施」した業務経歴があります。

①直営による実施

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　の　名　称 | 業　務　内　容 | 期　　間 |
|  |  | からまで |
|  |  | からまで |

②委託業務による実施

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注文者 | 受注区分 | 件名 | 業　務　内　容 | 契約金額（千円） | 履　　行期　　間 |
|  | * 元請
* 下請
 |  |  |  | からまで |
|  | □　元請□　下請 |  |  |  | からまで |

・ 注文者は、官公庁・民間を問いません。

・下請業務等については注文者は元請者を記載し、その下に発注者を（　 ）で記載してください。その場合、件名及び業務内容は、下請業務について記載してください。

（２）直接雇用の看護師

|  |  |
| --- | --- |
|  | 人（常勤換算） |

　　　※　常勤看護師の人数が分かる名簿等の資料の提出をお願いします。