様式第９号（第７条関係）

■西宮市立中央病院給食業務委託に係るプロポーザル方式事業者選定

**受注実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 受注時期 |  |
| 事業名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |
| 業者選定方法 |  |
| 契約方法 |  |
| 内容及び特色 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受注時期 |  |
| 事業名 |  |
| 発注者 |  |
| 契約金額 |  |
| 業者選定方法 |  |
| 契約方法 |  |
| 内容及び特色 |  |

※　許可病床150床以上の病院における給食業務の実績を記入してください。

※　受注時期の直近のものから順に記入してください。

　※　欄が足りない場合には、別紙（様式自由、A4縦長）を添付してください。