様式第５号

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

**業務実績書**

当社の令和７年３月末までの同種業務（母子健康手帳アプリ導入、乳幼児健康診査及び予防接種デジタル化）の実績については、下記のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 区　分 | 自治体数（単位：件） |
| 母子健康手帳  アプリ導入 | 熊本県内 |  |
| 県　　外 |  |
| 乳幼児健康診査及び予防接種デジタル化 | 熊本県内 |  |
| 県外 |  |

※同一自治体で乳幼児健康診査デジタル化及び予防接種デジタル化の実績がある場合は、

２件で計上すること。