（別添４）

同種業務受注等実績

|  |
| --- |
| 貴社における都道府県市（特定行政庁）における小児慢性特定疾病医療給付支援システムの構築実績 |
| 発注者 | 時　期 | 委託業務名称 | 業務の概要・範囲 |
|  | (元号)年　月～(元号)年　月 |  |  |
|  | (元号)年　月～(元号)年　月 |  |  |
|  | (元号)年　月～(元号)年　月 |  |  |
|  | (元号)年　月～(元号)年　月 |  |  |
|  | (元号)年　月～(元号)年　月 |  |  |
| （その他） |