（様式３）

プロポーザル参加資格証明書

令和　　年　　月　　日

玉城町長　辻村　修一　あて

所　　在　　地
商号又は名称
代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

プロポーザルに付せられる玉城町国民健康保険玉城病院電子カルテシステム等導入業務について、公告の２のプロポーザル参加資格要件に適合することを下記関係書類を添えて証明します。

記

１　会社概要
（会社名、住所、連絡先、事業内容、本提案における役割について任意様式で簡潔に記載してください）

２　契約実績一覧表（様式４）

３　プロジェクトマネージャー実績証明書（様式５）

４　プロジェクトリーダー実績証明書（様式６）