

入札参加資格該当者 チェックシート
(リハビリテーション西播磨病院 給食業務委託)

平成 年 月 日

1 申込者所在地【〒 - 】

商号又は名称

代表者職氏名

印

担当者氏名

電話番号

FAX番号

資格審査結果通知書等の送り先が上記の所在地と異なる場合はここに明記してください。
送り先住所:【〒 - 】

2 質問

(1) 日本メディカル給食協会の会員ですか

①はい ②いいえ

①はいの方は、日本メディカル給食協会の会員証の写しを添付してください。

(2) 財団法人医療関連サービス振興会による医療関連サービスマークの交付を受けていますか。

①はい ②いいえ

①はいの方は、サービスマークの写しを添付してください。

(3) 業務代行保障が確保されていますか。

①はい ②いいえ

①はいの方は、加入証等の写しを添付してください。

(4) 兵庫県内で医療・福祉施設での給食業務受託実績を記入して下さい。

ア 名称[]
所在地[]
期間(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

イ 名称[]
所在地[]
期間(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

ウ 名称[]
所在地[]
期間(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

3 注意事項

(1) これは公告の入札参加資格を確認するための質問です。上記質問に無回答若しくは公告条件を満たさない者は、原則として入札に参加できません。