

入札参加資格該当者 チェックシート
(朝陽ヶ丘荘給食調理業務委託)

令和 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 入札参加資格確認事項

(1) (公社)日本メディカル給食協会の会員又は、医療関連サービス振興会認定業者ですか。

①はい☐ ②いいえ☐

①はいの方は、(公社)日本メディカル給食協会の会員証の写し、又は医療関連サービス振興会の認定書の写しを添付してください。

(2) 代行保証制度

ア 名称

イ 保証機関名

(3) 兵庫県内の医療福祉施設での給食委託業務実績が継続して3年以上ある医療・福祉施設を
記入してください。記載しきれない場合は、任意様式での提出をお願いします。

ア 施設名〔 〕
・運営法人〔 〕
・期間(年 月 日から 年 月 日まで合計 ヶ月 日)

イ 施設名〔 〕
・運営法人〔 〕
・期間(年 月 日から 年 月 日まで合計 ヶ月 日)

ウ 施設名〔 〕
・運営法人〔 〕
・期間(年 月 日から 年 月 日まで合計 ヶ月 日)

3 注意事項

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。