

入札参加資格該当者 チェックシート
(障害者支援施設丹南精明園給食業務委託)

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 質問

(1) 兵庫県内において給食業務を委託している医療・福祉施設を記入してください。

ア 施設名【 】 利用定員【 名】
・運営法人【 】
・期間(令和 年 月 日から令和 年 月 日まで合計 ヲ月 日)

イ 施設名【 】 利用定員【 名】
・運営法人【 】
・期間(令和 年 月 日から令和 年 月 日まで合計 ヲ月 日)

(2) (財)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、(財)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。

(3) 代行保証制度

ア 名称

イ 保証機関名

(4) 事業展開拠点(本支店)が近畿圏内にありますか。

①はい ②いいえ

(5) 地方自治法施行令第167条の4第2項の規定により競争入札への参加を排除されていませんか。

①はい ②いいえ

(6) 会社更生法(平成14年法律第154号)に基づく更生手続開始の申立て、民事再生法(平成11年法律第225号)に基づく再生手続開始の申立てがなされていませんか。

①はい ②いいえ

(7) 過去1年間に、食中毒等による営業停止等の行政処分等をうけていませんか。

①はい ②いいえ

(8) 兵庫県暴力団排除条例に規定する暴力団又は暴力団員に該当する者ではありませんか。兵庫県暴力団排除条例施行規則に規定する暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者に該当する者ではありませんか。

①はい ②いいえ

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。