

入札参加資格該当者 事前審査票
(総合リハビリテーションセンター清掃管理業務委託)

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 質問

(1) 兵庫県入札参加資格者名簿に記載されていますか

①はい ②いいえ

(2) 全国ビルメンテナンス協会会員ですか

①はい ②いいえ

①はいの方は、全国ビルメンテナンス協会の会員証の写しを添付してください

(3) 医療関連サービス振興会の認定事業者(院内清掃)ですか

①はい ②いいえ

①はいの方は、認定証の写しを添付してください

(4) 兵庫県の指名停止基準に基づく指名停止を受けていません

①はい ②いいえ

(5) 会社更正法に基づく更正手続き開始の申立又は民事再生法に基づく再生手続き開始の申立がありません

①はい ②いいえ

(6) 兵庫県内において清掃業務を受託している病院(100床以上)を記入してください

ア 病院名[]

・期間 (平成・令和) 年 月 日 から (平成・令和) 年 月 日まで合計 ヶ月

イ 病院名[]

・期間 (平成・令和) 年 月 日 から (平成・令和) 年 月 日まで合計 ヶ月

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。