入札参加資格該当者　チェックシート
（たじま荘・ことぶき苑 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、（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。

（2）　代行保証制度
ア　名称

イ　保証機関名

（3）　兵庫県内の医療・福祉施設での厨房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。

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　　ヶ月　　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　　ヶ月　　日）

ウ　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　　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。