

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)

令和 年 月 日

1 申込者 所在地 【〒 ー ー】

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:【〒 ー ー】

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うけていますか。

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(年 月 日から 年 月 日まで)

イ 名称[]
所在地[]
期間(年 月 日から 年 月 日まで)

(5) 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

(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。