

プロポーザル参加資格該当者 チェックシート
(特別養護老人ホーム海風荘 給食業務委託)

令和 年 月 日

1 申込者 所在地【〒 ー 】

商号又は名称

代表者職氏名

㊞

担当者氏名

電話番号

FAX番号

E-Mailアドレス

2 質問

(1) 長崎県内において給食業務を受託している主な医療・福祉施設を記入してください。
(令和5年10月31日現在)

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)

(2) (財)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、(財)日本メディカル給食協会の会員証の写しを添付ください。

(3) 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

(4) 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

(5) 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

(6) 長崎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。長崎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

これは公告のプロポーザル参加資格を確認するための質問です。

プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

社会福祉法人 寿泉会 理事長 中村 逸雄 様

住 所
商号又は名称
代表者名

㊞

公告のありました下記業務について、本書のとおりプロポーザル参加を表明します。

記

1 業務名称 特別養護老人ホーム海風荘 給食業務委託

2 プロポーザル参加関係書類の記載責任者・連絡者

氏名(ふりがな)

所属

電話番号

FAX番号

E-Mailアドレス

3 添付書類

- (1) 参加資格該当者チェックシート
- (2) 会社概要、沿革等が分かる資料(A4用紙2枚程度にまとめたもの)
- (3) (財)日本メディカル給食協会の会員であれば会員証の写し

この表明書及び添付書類のすべて記載事項は、事実と相違ありません。