

福山市民病院患者給食業務委託
入札参加資格審査申請書

福山市民病院における患者給食業務委託に係る一般競争入札に参加したいので、関係法令等を遵守のうえ、必要書類を添えて資格の確認を申請します。

なお、この申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

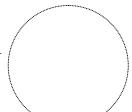
年 月 日

福山市病院事業管理者 様

主たる事務所の所在地 _____

申請者 商号又は名称 _____

代 表 者 _____



実印

(角印等を使用する場合は押印のこと)

【申請対象件名】

福山市民病院患者給食業務委託

【資格要件欄】

| | |
|-------------------------------|--------|
| 一般病床500床以上の病院において現在契約中の受託件数※1 | 件 |
| 医療関連サービスマーク認定の有無※2 | 有・無 |
| 公益社団法人日本メディカル給食協会の会員※2 | 該当・非該当 |
| 入札日から起算して過去2年以内の食中毒発生の有無 | 有・無 |

※1 様式1-1を作成し提出すること

※2 資格者証（写しで可）を提出すること。