

様式 1

参 加 資 格 確 認 申 請 書

平成 2 9 年 月 日

長 浜 市 病 院 事 業

管理者 野 田 秀 樹 様

所 在 地

法 人 名

代表者職氏名

⑨

長浜市立湖北病院等給食業務委託の公募型プロポーザルに係る企画提案の参加をしたいので、参加資格を確認されたく、次の書類を添えて申請します。

なお、長浜市立湖北病院等給食業務委託の公募型プロポーザル実施要項に示された参加資格要件を満たしていることおよび添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

(添付書類)

- 1 病院給食業務の受託実績書（様式 1－2）
- 2 医療関連サービスマーク認定証の写し又は医療法第 1 5 条の 2 の委託基準に適合する者であることを証する書類
- 3 社団法人日本メディカル給食協会との患者給食業務代行保証契約書の写し又は同等の代行保証体制が取れることを確認できる書類の写し
- 4 納税証明書（法人税ならびに消費税および地方消費税）