

制限付き一般競争入札（郵便入札）入札参加資格 確認申込書兼確認事項申請書

柏原市病院事業管理者 様

所在地

商号又は名称

代表者名

印

電話番号

FAX番号

令和5年11月28日付けで入札公告のありました下記業務に係る入札参加資格について
審査されたく、必要な書類を添えて申請します。

なお、入札公告の「3 競争参加資格」に記載された要件を満たすこと及び本申請書、入札
参加資格確認書類の全ての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

1 業務名 「市立柏原病院患者給食業務（その2）」

2 入札参加資格の確認

- 一般財団法人医療関連サービス振興会が認める「患者等給食」の医療関連サービスマーク
の認定を受けていることについては、別添の認定証書の写しのとおりです。
- 令和5年11月28日から起算して過去3年以内に、診療科名中に内科、外科、小児科、
泌尿器科、産婦人科（または産科）を有する病床数が200床以上の病院における受託業務
において、食中毒により食品衛生法（昭和22年法律第233号）の規定による業務停止処
分を受けていないことを誓約いたします。
- 業務入札公告の「3 競争参加資格（5）」を満たす受託実績については、業務実績調書
（様式2）のとおり相違ありません。
- 郵便物等受領証（お客様控）については、次のとおりです。

郵便物等受領証（お客様控）写し貼り付け欄

業務実績調書

柏原市病院事業管理者 様

所在地

商号又は名称

代表者名

印

令和5年11月28日付けで入札公告のありました市立柏原病院患者給食業務（その2）に係る「3 競争参加資格（5）」を満たす受託実績については、以下のとおりです。

1	業務施設名	
	発注機関名	
	履行期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
	契約金額	
	業務概要	施設の規模等： 業務等の内容：
2	業務施設名	
	発注機関名	
	履行期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
	契約金額	
	業務概要	施設の規模等： 業務等の内容：
3	業務施設名	
	発注機関名	
	履行期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
	契約金額	
	業務概要	施設の規模等： 業務等の内容：

※上記内容が確認できる書類（契約書等の写し）を添付すること。