【様式１】

参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

　　大洲市病院事業管理者　谷　口　嘉　康　様

所在地

会社名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　市立大洲病院患者等給食業務の公募型プロポーザルに係る企画提案に参加をしたいので、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、市立大洲病院患者等給食業務に係るプロポーザル実施要領に示された参加資格要件を満足していること及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します。

（添付書類）

１　患者等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

　　または、医療法第１５条の３第２項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または同等の代行保証体制がとれていることを確認できる書類の写

４　納税証明書（「法人税」「消費税及び地方消費税」）