

様式 1 (公募参加意向申請書)

令和 年 月 日

近江八幡市立総合医療センター 病院事業管理者 様

住 所 :
会 社 名 :
代表者職氏名 :

公募参加意向申出書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

記

- 業 務 名 : 患者給食業務委託
- 添付書類

会社案内及び会社概要 (会社の案内パンフレット可)

登記簿謄本、定款、規約等

直近の国税及び本市市税の納税証明書 (写し可)

* 国税については、以下のとおり所管税務署が発行する納税証明書を提出すること

・ 法人の場合…「法人税」「消費税及び地方消費税」の納税証明書
(その3の3 未納のないことの証明)

・ 個人の場合…「所得税」「消費税及び地方消費税」の納税証明書
(その3の2 未納のないことの証明)

350床以上の病院においてニュークックチルで給食を受託していることがわかる書類

○ 契約書の複写等

○ 2病院以上ある場合は病院名、病床数、所在地のリスト (様式自由)

連絡先等

会社名	
所属	
住所	〒
氏名	
電話	
FAX	
e-mail	

※社印・代表者印等必ず押印のこと。

様式 2（質問書）

令和 年 月 日

近江八幡市立総合医療センター 病院事業管理者 様

住 所 :
会 社 名 :
代表者名 :

質 問 書

業務名： 患者給食業務委託につきまして、下記のとおり質問します。

質 問 事 項	
①	
②	
③	
④	
⑤	

質問事項欄が足りないときは、適宜追加してください。

会社名	
所属	
住所	〒
氏名	
電話	
FAX	
e-mail	

※社印・代表者印等必ず押印のこと。

様式3（現地調査参加申込書）

令和 年 月 日

近江八幡市立総合医療センター 病院事業管理者 様

住 所：
会 社 名：
代表者職氏名：

現地調査参加申込書

患者給食業務委託にかかる現地調査について、下記の者の参加を申し込みます。

会 社 名	
所 属	
参加代表者名	(他 名)
住 所	〒
電 話	
F A X	
E-mail	

＊現地調査への参加は2名以内とさせていただきますが、参加事業者数によって1名以内に制限させていただく場合があります。