様式第１号

令和　　年　　月　　日

（宛先）

　地方独立行政法人市立秋田総合病院

　理事長　　伊　藤　誠　司

　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加者名　　　　　　　　　　　　　　　印

市立秋田総合病院給食業務委託に関する

公募型プロポーザル参加意思表明書（誓約書）

　私は、市立秋田総合病院給食業務委託に関する公募型プロポーザル実施要領で定める参加者資格の全ての要件を満たしていることを誓約し、参加表明書を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称および代表者 | フリガナ | |
|  | |
| 連絡責任者 | フリガナ | 所属・役職 |
| 氏名 |  |
| 住所又は所在地 | 〒 | |
| 電話番号    ファクシミリ番号 | ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| 電子メールアドレス |  | |

様式第２号

業務実績書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加者名

実施要領４参加者資格(6)に定める受託実績については以下のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 所在地 | 契約期間 | 受託業務内容 |
| （　　　床） |  | から  まで |  |
| （　　　床） |  | から  まで |  |
| （　　　床） |  | から  まで |  |
| （　　　床） |  | から  まで |  |
| （　　　床） |  | から  まで |  |
| （　　　床） |  | から  まで |  |
| （　　　床） |  | から  まで |  |

様式第３号

令和　　年　　月　　日

参加者名　　　　　　　　　　　　印

市立秋田総合病院給食業務委託に関する

公募型プロポーザル質疑書

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 | |
|  | |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| メールアドレス |  |