

(様式)

## 競争入札参加資格確認申請書

年 月 日

奈良県立奈良病院  
院長 川口 正一郎 殿

住所

商号又は名称

代表者名

印

電話番号

FAX番号

担当所属名

担当者名

平成22年3月4日付けで公告のありました奈良県立奈良病院給食業務一部委託に係る競争入札に参加する資格について、確認されたく、下記の書類に記載し、申請します。

なお、この申請書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するとともに、契約締結後において、確認申請書及び添付書類の記載内容に疑義が生じ、同書類では参加資格を確認できないと判明した場合は、契約を解除され、違約金の請求をうけても異議を申し立てません。

### 1. 記載事項

①本県及び近畿府県にある本店・支店・営業所（主に本件業務委託にかかる店を記入）

店名	所在地	電話番号

②事業実績（病床数の多い病院から2病院を抽出記入）

病院名	所在地	病床数	受託業務の内容

### 2. 添付書類

- ① 患者給食業務にかかる「医療関連サービスマーク」の認定書の写し。
- ② 契約書の写し（病床数の多い病院から2病院抽出し、契約書の写しを添付）
- ③ 代行保障制度加入証の写し又は契約書の写し。