給食業務入札参加資格該当者　チェックシート

提出日　　令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名　　印影

【担当者名　　連絡先電話番号　　】

以下の質問にお答えください。

〔質問１〕　令和３年度または令和４年度に、病院または社会福祉施設等で６ヶ月以上の間、３食給食で１食あたり１００食（経管等の注入食を除く）以上の調理をした実績はありますか。

（配膳業務のみを請負った場合は実績に含みません。）

☑により御回答ください。

□　ある　　□　ない

〔質問２〕　質問１で「ある」に☑の方は、令和３年度または令和４年度における該当実績を具体的にお答えください。なお、合計期間については、提出日現在の状況をご記入ください。

①施設名〔　　〕

・運営法人（　　）

・期間　（令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　月　　日　まで

合計　　ヶ月　　日）

②施設名〔　　〕

・運営法人（　　）

・期　　間（令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで

合計　　ヶ月　　日）

注意事項

①　これは公告の入札参加資格を確認するための質問です。上記質問１に「ない」とした者、又は質問２に無回答の者若しくは公告条件を満たさない者は、原則として入札に参加できません。

②　事実に基づき誠実に回答してください。

この回答に虚偽があった場合は、東京都に報告するとともに、当法人との契約を取り消し、今後２年間は当法人の入札に参加することはできないこととしますので、その旨十分留意してください。

③　入札申込の際に、契約書の写し等、事実を証明する資料を必ず添付してください。