

(様式1)

プロポーザル参加申請書

平成 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人市立東大阪医療センター 理事長

住 所

商号又は名称

代表者職及び氏名

㊟

市立東大阪医療センター患者給食業務にかかるプロポーザルについて、実施要領に基づく書類を添えて参加申請します。

また、本参加申請をもって、要領等の記載内容を承諾し、参加資格を満たしている者であること及び添付書類の内容について真実を相違ないことを誓約します。

※ 平成29年10月17日(火)の現地見学について (希望する・希望しない)

※ 担当者連絡先

担当者氏名	
電話	
FAX	
メールアドレス	

以 上

(様式2)

プロポーザル辞退届

平成 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人市立東大阪医療センター 理事長

住 所

商号又は名称

代表者職及び氏名

㊟

市立東大阪医療センター患者給食業務にかかるプロポーザルについて、参加申請をしましたが、以下の理由により参加を辞退します。

理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

患者給食業務にかかる受託実績書

平成 年 月 日

(あて先)地方独立行政法人市立東大阪医療センター 理事長

住所
商号又は名称
代表者職及び氏名

印

患者給食業務受託状況 (平成29年9月1日現在)

○受託先病院(記載にあたっては末尾記載条件をよく確認すること)

	病院名	病床数	受託期間	食種数	備考
1		床	～		
2		床	～		
3		床	～		
4		床	～		
5		床	～		
6		床	～		
7		床	～		
8		床	～		
9		床	～		
10		床	～		

※ 受託期間について、当該病院において契約を複数回更新している場合は、全ての契約期間をまとめて表記すること。(例: 契約①H26.4.1～H27.3.31、契約②H27.4.1～H27.9.30の場合はH26.4.1～H27.9.30)

◆記載条件(以下の条件を全て満たすものについて記載すること)

- ① 一般病床数が300床以上の病院における患者給食業務(献立作成、食数管理業務、食材等の調達、下処理・加熱・調味等調理業務、配膳・下膳及びおよび衛生管理等給食業務全般をいう)を一社単独で受託していること。洗浄業務のみ等のいわゆる一部委託実績は含めない。
- ② 近畿2府4県(大阪府及び隣接府県)における実績に限定すること。
- ③ 平成25年度以降かつ受託期間が1年以上の受託実績に限定すること。
- ④ 受託食種数は受託施設における食種内訳(緩和食、七分粥など)の数を記載すること。
- ⑤ 最大10実績までとするため、選別のうえ記載すること。

◆上記に記載された病院との委託契約書の写しを提出すること
(契約当事者双方の名称、委託期間、業務内容がわかる部分の抜粋でも可)

以 上