様式２号－２

社会医療法人仁愛会浦添総合病院における患者給食及び保育園児給食ならびに在宅総合センターにおける利用者給食調理業務委託公募

資格審査申請書

西暦 年 月 日

社会医療法人仁愛会

理事長　銘　苅　晋

（申請者）(企業体の場合は代表構成員)

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

社会医療法人仁愛会浦添総合病院における患者給食及び保育園児給食ならびに在宅総合センターにおける利用者給食調理業務委託公募に参加するに当たり、資格要件の確認のできる書類により下記の要件に適合し参加資格を有する者か審査していただくよう申請します。

提出書類に虚偽の記述があった場合は、いかなる措置を受けても異議申し立てを行いません。

なお、この書類を提出した以後に参加資格要件のいずれかを満たさなくなったことが明らかになった場合は、速やかに辞退を届け出ます。

記

参加資格要件

1. 基本要件

参加を希望する者（以下「参加希望者」という。）は告示の日から契約締結日までにおいて次に掲げる条件を全て満たす者とする。

1. 共通要件
2. 当該契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者でないこと。
3. 会社更生法（平成14年法律第154 号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225 号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。
4. 契約担当役から取引停止の措置を受けている期間中の者でないこと。
5. 生産物賠償責任保険又は製造物責任保険（PL保険）に加入していること。
6. 公益社団法人日本メディカル給食協会の代行保証制度、または代行保証の体制を保証できるものであること
7. 一般財団法人医療関連サービス振興会による「患者等給食業務」に関する医療関連サービスマークの認定を受けていること.
8. 本委託業務の履行に関し、各種法令に基づく許可、認可、免許等を必要とする場合においては、これを受けていること。
9. 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3 年法律第77 号）第2 条第2号から第4号まで又は第6号に規定する団体又は構成員に該当しないこと。

上記に違反した場合は優先交渉権者の決定を取消し、契約締結の保留又は契約解除等の措置をとるものとする。

【連絡担当部署】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |

（注）必要な添付書類が不足していた場合には、その要件を満たしていないものと判断する。