**参加資格確認書**

平成　　年　　月　　日

筑西市長　様

所 　在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

①病院もしくは医療福祉系介護施設においてニュークックチル方式又はクックチル方式の給食業務受託実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名又は介護施設名（発注者） | 契約件名 | 契約期間 | 病床又は入所者数 | 調理方式 | 受託業務 |
|  |  |  |  | □ニュークックチル□クックチル |  |
|  |  |  |  | □ニュークックチル□クックチル |  |
|  |  |  |  | □ニュークックチル□クックチル |  |

（留意事項）

過去１０年以内（平成１８年１月１日から平成２８年１２月３１日まで）における実績を記載すること。（公的病院だけではなく民間病院での実績も認める。）

②事業者直営のセントラルキッチンにおいて現に食材を生産・加工し、販売していることの実績（記載日現在、当該業務対象の工場のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| 食材納入病院数（カッコ内は一日あたりの提供食数合計） |  |
| 食材納入介護施設数（カッコ内は一日あたりの提供食数合計） |  |