

給食業務委託のプロポーザルに関する質疑書

令和 年 月 日

所在地 _____

事業者名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX _____

E-mail _____

質疑内容

提出期限：令和4年11月30日（水）午後5時まで
提出先：高知県立幡多けんみん病院 経営事業課 担当 山田
FAX：0880-66-2111

参加申込書

令和 年 月 日

高知県立幡多けんみん病院長 矢部 敏和 様

所在地 _____

事業者名 _____

代表者名 _____ 印

給食業務委託公募型プロポーザル募集要領に基づき、給食業務委託に関するプロポーザルに参加を申し込みます。

また、募集要領で定められた資格要件を全て満たすことを誓約します。

《連絡先》

担当者 _____

電話 _____

FAX _____

E-mail _____

法人概要書

令和 年 月 日現在

1 事業者名

2 代表者 役職・氏名

3 本社所在地

住 所：

T E L：

F A X：

(高知県内の事業所所在地)

住 所：

T E L：

F A X：

4 設立年月日

5 資本金又は資本金に相当する財産

6 従業員数（常時雇用する従業員の数）

7 主たる事業分野

8 高知県の「令和3年度～令和5年度一般（指名）競争入札参加資格者登録名簿（物品購入等関係）」への登録

・登録済み（登録番号： ）

・令和 年 月 日登録予定

9 個人情報保護に関する方針及び規程

・策定年月日：

・名称：

10 四国内の病院における過去3年間の給食業務受託実績

名称	所在地	病床数（区分）	受託期間	備考
（例） 〇〇病院	高知市〇〇	270床（一般）	H29.4.1 ~ H31.3.31	
		90床（精神）		

※必要に応じて行を追加すること。なお、別紙でも可とする。

高知県立幡多けんみん病院長 矢部 敏和 様

所在地

事業者名

代表者名

印

高知県情報公開条例に基づく開示請求があった場合に、提出書類を開示することにより、今後弊社が事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害する部分及びその具体的な理由は次のとおりです

開示すると支障が生じる書類(書類の頁・箇所等)	支障が生じる理由・生じる支障の内容を具体的に記入してください。

高知県立幡多けんみん病院給食業務委託公募型プロポーザル
説明会参加申込書

令和 年 月 日

高知県立幡多けんみん病院長 矢部 様

所在地

事業者名

代表者名

印

高知県立幡多けんみん病院給食業務委託公募型プロポーザル説明会に参加します。

役職名	氏名	備考

※説明会への参加は1事業者あたり2名までとします。

【連絡先】

担当者

電話番号

FAX

E-mail