**参加資格確認書**

所 　在 　地

商号又は名称

代 表 者 名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

① 病床数３００床以上の病院におけるニュークックチル方式又はクックチル方式の給食業務の受託実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名（発注者） | 契約件名 | 契約期間 | 病床数 | 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 |  |

② 病床数３００床以上の病院におけるベッドサイド配膳業務の受託実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名（発注者） | 契約件名 | 契約期間 | 病床数 | 調理方式 | 受託業務 |
|  |  |  |  | □ニュークックチル□クックチル□クックサーブ |  |

（留意事項）

過去１０年以内（平成２５年１月１日から令和４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。）

* ①について、複数の施設での経験がある場合は３施設分の施設名等をお書きください。