

仕様確認書

「岐阜県立多治見病院患者給食業務委託契約」について、仕様書を確認し必要書類を添付し提出します。

2025年 月 日

住所

氏名 印

法人の場合は、法人名及び代表者役職氏名を記入し、
法人印及び代表者印を押印すること。

地方独立行政法人
岐阜県立多治見病院 理事長 様

※条件を満たす場合は「○」を、条件を満たさない場合は「×」を、条件を満たさないが
代替機能がある場合は「△」を記入する。

項 目	内 容	確認
参 加 資 格 要 件 に つ いて	本書と併せて過去に、200床以上の病床数を有するDPC対象病院において、食材費込の患者給食業務委託（全面委託）契約を3年以上継続して受託実績を有していること及び証明書等（写し可）を提出すること。	
	落札者は当院が設置する保育施設給食業務委託契約の契約先の候補者として選定されること。	
	天災地変・労働争議・人災・倒産等その他事情により、本業務の履行が一時的に出来なくなった場合、代行業者に業務の代行を依頼できる証明書等（写し可）を提出すること。	