様式１－１

参加表明書

　秋田県社会福祉事業団が実施する高清水園及び障害者支援センター御所野の給食提供業務委託に係る募集要領等の内容を十分に理解した上で、委託者選定への参加を希望します。

平成　　年　　月　　日

　秋田県社会福祉事業団理事長　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

担当部署

　　　　　氏　　名

　　　　　電　　話

　　　　　ＦＡＸ

　　　　　Ｅ－mail

※　資格要件の確認のため、□にチェックをしてください。

　□　参加者は、現時点において、東北地区に本社、支店又は営業所を有している者である。

□　参加者は、食品衛生法に規定する営業許可受けている者である。

　　（証明書類の写しを添付すること）

□　参加者は、過去５年間に秋田県内の社会福祉法人、医療法人、学校法人において給食提供業務を複数年間継続した実績を有する者である。

□　参加者は、公益社団法人日本メディカル給食協会の会員である者又は委託業務の遂行が困難になった場合の代行保証が確認できる者である。

（証明書類の写しを添付すること）

□　参加者は、秋田県及び秋田市において指名停止期間中でない者である。

□　参加者は、破産法に基づく破産手続き開始の申し立てがなされている者、会社更生法に基づく更生手続き開始の申し立てがなされている者又は民事再生法に基づく再生手続き開始の申し立てをした者でない。

□ 参加者は、法人税、事業税、消費税及び地方税を滞納していない者である。