**給食業務入札参加資格該当者　チェックシート**

提出日　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録印影

【担当者名　　　　 　　連絡先電話番号 　　　　　　】

以下の質問にお答えください。

〔質問１〕　令和元年度または令和５年度に、病院または社会福祉施設等で6ヶ月以上の間、３食給食で1食あたり１００食（**経管等の注入食を除く）**以上の**調理をした実績**はありますか。

（**配膳業務のみを請負った場合は実績に含みません。**）

☑により御回答ください。

□　ある　　　　　　　□　ない

〔質問２〕　質問１で「ある」に☑の方は、令和元年度または令和５年度における該当実績を具体的にお答えください。なお、合計期間については、提出日現在の状況をご記入ください。

　 ①施設名〔　　　　　　　　　　　　　　〕

・運営法人（　　　　　　　　　　　　　）

・期間　　 （令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　月　　日　まで

　 合計　　ヶ月　　日）

②施設名〔　　　　　　　　　　　　　　〕

　・運営法人（　　　　　　　　　　　　 ）

　・期　　間（令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで

　 合計　　ヶ月　　日）

注意事項

①　これは公告の入札参加資格を確認するための質問です。上記質問1に「ない」とした者、又は質問2に無回答の者若しくは公告条件を満たさない者は、原則として入札に参加できません。

②　事実に基づき誠実に回答してください。

**この回答に虚偽があった場合は、東京都に報告するとともに、当事業団との契約を取り消し、今後2年間は当事業団の入札に参加することはできないこととしますので、その旨十分留意してください。**

③ このチェックシートには、入札参加申込書と同様に、東京都の登録印（あらかじめ東京都に届け出た印鑑に限る。）を押印してください。

④　**入札申込の際に、契約書の写し等、事実を証明する資料を必ず添付してください。**