様式1

参　加　表　明　書

2025年　　月　　日

公益財団法人豊田地域医療センター

　理事長　宮　川　秀　一　　　　殿

下記に掲げる条件をすべて満たしており、豊田地域医療センター病院給食業務委託

業者選定に係る公募型プロポーザルへ参加します。

記

1. 会社更生手続き開始、再生手続き開始等の申し立てがされていない者であること。
2. 宗教活動及び政治活動を主たる目的とする者ではないこと。
3. 暴力団又はその構成員の統制下にある者ではないこと。
4. 医療法施行規則第9条の10を遵守して業務を行う者であること。
5. HACCPに沿った衛生管理を実施し、また厚生労働省の定める「大量調理施設衛

生管理マニュアル」に基づき業務を行う者であること。

６．業務の遂行が困難になった場合の代行保証体制が整備されていること。

提出者（代表者）

住　　所

事業所名

代表者名 　　 印

担当者名

電話番号

FAX番号

メールアドレス

添付書類

１，業務の遂行が困難になった場合の代行先及び代行保証内容を確認できるもの。