様式1-1

病院給食相互支援組織　協力弁当調製事業者応募票

　病院給食相互支援組織の有事の際に提供する弁当の調製に協力します。

なお、この応募票及び添付書類の記載事項については事実と相違ありません。

令和　年　　月　　日

病院給食相互支援組織

　福井県立病院　　　院長様

　福井赤十字病院　　院長様

福井県済生会病院　院長様

　福井大学医学部附属病院　院長様

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　応募者名（法人にあっては名称及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

〈添付書類〉

（１）誓約書（様式2）

（２）弁当調製施設調査票（様式3）

（３）営業許可証の写し

　※複数の事業者が共同して応募する場合、添付書類はすべての事業者に

ついて提出すること。

様式1-2

弁当調製施設予定施設一覧

※この様式は1つの事業者が複数の調製施設で弁当を調製する場合のみ提出ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 施　設　名　称 |  |
| 施 設 所 在 地（電話番号） | 〒　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 営 業 許 可 番号許 可 年 月 日 |  |
| ２ | 施　設　名　称 |  |
| 施 設 所 在 地（電話番号） | 〒　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 営 業 許 可 番号許 可 年 月 日 |  |
| ３ | 施　設　名　称 |  |
| 施 設 所 在 地（電話番号） | 〒　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 営 業 許 可 番号許 可 年 月 日 |  |
| ４ | 施　設　名　称 |  |
| 施 設 所 在 地（電話番号） | 〒　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 営 業 許 可 番号許 可 年 月 日 |  |