

一般競争入札参加資格確認申請書提出要領（事後審査型）

1 一般競争入札参加資格確認申請書の提出について

郵送の場合は、別紙「入札書類の提出等について」による。

書	類	名
①	一般競争入札参加資格確認申請書	(様式第2号)

※提出期間（時間）及び提出先は、公告文に記載のとおりとする。

2 一般競争入札参加資格確認申請書（技術資料）の提出について

審査対象となった者は、入札後、審査対象となった日から起算して3日以内に下記書類を1部作成し、**持参又は郵送**により提出すること。（①から③までをホッチキス等で綴じること。）

書	類	名
①	一般競争入札参加資格確認申請書（技術資料）	(様式第2-2号)
②	業務委託実績調書	(様式第2-3号)
令和元年度以降に、「特定給食施設」のうち、学校給食施設において継続して1年以上の元請受注実績を有することがわかる契約書等の写しを添付すること。		
③	配置予定業務従事者調書	(様式第2-4号)
業務責任者については、下記①又は②のうちいずれかの資格を有することが確認できる書類（免許証の写し）、所属業者が特定できる「健康保険被保険者証」の写し※、資格取得後の業務経験を証する書類（所属が証明する経歴書等）を添付すること。		
業務副責任者については、下記①又は②のうちいずれかの資格を有することが確認できる書類（免許証の写し）、所属業者が特定できる「健康保険被保険者証」の写し※、業務経験を証する書類（所属が証明する経歴書等）を添付すること。		
① 栄養士又は管理栄養士		
② 調理師		
※写しをとる際には、保険者番号及び被保険者等記号・番号を復元できないようマスキング（黒塗り等）を施すこと。		

一般競争入札参加資格確認申請書

岐阜市長様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

連絡先 担 当 者

電 話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス

このたび、下記業務の一般競争入札に参加申請します。下記業務の入札に際しては、関係法令を遵守し、この申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。なお、後日誓約した内容に違反する事実が判明した場合は、いかなる措置を受けましても異存ありません。

記

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1 業 務 の 名 称 | 令和6～9年度岐阜市立三輪中学校給食調理業務委託 |
| 2 業務を行う場所 | 岐阜市長が指定する場所 |

令和 年 月 日

受 付 印

一般競争入札参加資格確認申請書（技術資料）

岐 阜 市 長 様

住 所
商号又は名称
代表者職氏名

このたび、下記業務の審査対象者になりましたので入札参加資格の確認を申請します。なお、この申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 業 務 の 名 称 令和6～9年度岐阜市立三輪中学校給食調理業務委託
- 2 業務を行う場所 岐阜市長が指定する場所

業務委託実績調書

業 務 名	
発注機関名	
学校給食施設 の名称	
契約金額	円
履行期間	年 月 日 ～ 年 月 日
業務概要	
請負区分	元請
受注形態	☐ 単体 ☐ 共同企業体 (出資比率 %)

※ ☐の該当箇所にレを付けてください。なお、令和元年度以降に、「特定給食施設」のうち、学校給食施設において継続して1年以上の受注実績を有することがわかる契約書等の写しを添付してください（業務名、学校給食施設の名称、契約金額、履行期間及び業務概要の確認できる部分）。

配置予定業務従事者調書

1 業務責任者

① 氏名及び保有資格

氏名		資格等の名称	☐ 栄養士又は管理栄養士 ☐ 調理師
		取得年及び登録番号	

② 業務経験

勤務地（学校給食施設の名称）	従事期間		
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月

※ □の該当箇所にレを付けてください

※ 資格を有することが確認できる書類（免許証の写し）、所属業者が特定できる「健康保険被保険者証」の写し、資格取得後の業務経験を証する書類（所属が証明する経歴書等）を添付すること。

配置予定業務従事者調書

2 業務副責任者

① 氏名及び保有資格

氏名		資格等の名称	☐ 栄養士又は管理栄養士 ☐ 調理師
		取得年及び 登録番号	

② 業務経験

勤務地（学校給食施設の名称）	従事期間		
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月
	年 月～	年 月	ヶ月

※ ☐の該当箇所にレを付けてください

※ 資格を有することが確認できる書類（免許証の写し）、所属業者が特定できる「健康保険被保険者証」の写し、業務経験を証する書類（所属が証明する経歴書等）を添付すること。