

(様式2)

委託業務経歴書

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

所在地

称号又は名称

代表者職氏名

医療機関・施設名 (注文者)	受託施設 所在地 (区町村)	受注 区分	契約件名 〔契約金総額(千円)〕	契約期間	受託施設の概要		備 考
					1回の 調理食数	離乳食・食物アレルギー除去食等の提供	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 元請 <input type="checkbox"/> 下請	[千円]	年 月 ~ 年 月		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

(注 意)

- 1回100食以上の食材調達・調理業務を一括して受託している病院、児童福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設について記入してください。
このことを証する書類として、契約期間・業務内容が記載された契約書写しを添付すること。
- 下請業務の場合は、医療機関・施設名欄に()で元請者名を記載し、契約件名欄は、下請業務の契約件名を記入してください。
なお、注文者は、官公庁・民間を問いません。
- 受託施設の概要欄は、当該施設の内容についてご記入ください。
備考欄には、受託施設において給食業務以外の業務も受託している場合にその業務について記入してください。