【様式Ａ】

**プロポーザル応募者概要説明書**

**埼玉県立精神医療センター患者給食業務**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　　　称 |  | | | 設立年月 | |  |
| 代表者職氏名 |  | | | | | |
| 所　在　地 | 〒 | | | | | |
| 電　　　話 |  | | ＦＡＸ |  | | |
| 担当部門名  責任者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　【資格：　　　　　　　】  E-mail | | | | | |
| 資本金等 | 百万円 | | | | | |
| 常用雇用労働者  人数  令和4年4月1日現在 | 人 | 有資格者数  令和4年  4月1日現在 | | | 管理栄養士　　　　　　人  栄養士　　　　　　　　人  調理師　　　　　　　　人 | |
| 業 務 概 要 |  | | | | | |
| 埼玉県入札参加  資格種別・番号 |  | | 資格有効期限 | | | |
| （取得中の場合は、申請年月日を記入） | | | |