（別紙１）

令和６年度（２０２４年度）
公益財団法人藤沢市保健医療財団
総合健診受診者用弁当納入事業者企画提案等応募申込書

ふりがな 会　社　名	
ふりがな 代表者氏名	
所在地	住所 〒 TEL／FAX （担当者名：　　）
従業員	常　勤　　人（内訳：正規　　人、嘱託　　人、その他　　人） 非常勤　　人（内訳：正規　　人、嘱託　　人、その他　　人） 合　計　　人
調理・配送に係る業務体制	＜調理業務＞ ・調理員数 ・調理時間帯 ＜配送業務＞ ・配送方法　　自社　／　委託（委託予定先名　　） ＜食品衛生管理者名＞
直近の食品衛生講習会出席年月日及び出席者	
業務内容とこれまでの活動実績(類似・関連事業の実績を中心に)	

（別紙２）

弁当納入事業者企画提案等応募申請に係る誓約書

弊社は、令和６年度 藤沢市保健医療財団総合健診受診者用弁当納入事業者企画提案等の応募申込みに当たり、次の事項を誓約します。

１．　応募申込書の提出に際し､「令和６年度藤沢市保健医療財団総合健診受診者用弁当納入事業者企画提案等募集要領」について理解し、内容を承知した上で申込みます。

２．　同上募集要領の「３．応募資格要件」に定める必要な要件を有しています。

年　　月　　日

公益財団法人
藤沢市保健医療財団
理事長　平岩　多恵子　様

住　　所
(所在地)

会 社 名

代表者名　　㊞

（別紙３）

弁 当 企 画 提 案 書

<table>
<tr><td>コンセプト</td><td>※独自のアイデア・アピールポイントなど</td></tr>
<tr><td>献立及び
盛り付け
イメージ</td><td>※令和６年度～　３つ仕切り箱を使用予定
<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>参考価格
(税込み)</td><td></td></tr>
</table>

（別紙４）

献 立 別 調 理 方 法

●料理の食材名(調味料、油も含む)を書き、何人分で何グラム使用するか記入してください。
●加工食品を使用する場合、記載されている食物アレルギーの特定原材料を記入してください。

料理名	食材名	グラム数	調理方法／加工食品の特定原材料

※用紙はコピーしてご使用ください。