

給食業務受託実績

受託した施設等の名称	左記施設の所在地 (市町村名)	受託期間	食数 (1日)
		～	食
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	
		～	

※2020～2022年度の愛知県下での特別養護老人ホーム、病院、老人保健施設の給食業務の受託実績を時系列ですべて記入してください。また、当該事実が確認できる発行物(会社概要等)があれば併せて提出願います。なお、食数は1日当たりの契約食数とします。

上記の記載内容については事実と相違ありません。

年 月 日

所在地
商号または名称
代表者職氏名

印