魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザル様式集

令和3年12月3日

魚沼市医療公社

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式 | 様式名 | 提出期限 | 提出部数 | 備考 |
| 様式１ | 魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザル説明資料申込書 | 令和3年  12月17日（金） | １部 | 持参、郵送、FAX又は電子メールで提出 |
| 様式２ | 魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザル参加申込書 | 令和3年  12月24日（金） | １部 | 納税証明書等を添付 |
| 様式３ | 営業経験申告書 | 令和3年  12月24日（金） | １部 | 契約書等を添付 |
| 様式４ | 会社概要 | 令和3年  12月24日（金） | １部 | 商業登記簿謄本等を添付 |
| 様式５ | 質問書 | 令和3年  12月10日（金）  ※質問がある時 | １部 | 持参、郵送、FAX又は電子メールで提出 |
| 様式６ | 魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託に係る提案書類提出書 | 令和4年  1月7日（金） | 正本１部、副本５部 | 決算書等及びパンフレット等を添付 |
| 様式７ | 見積書 | 令和4年  1月7日（金） | 正本１部、副本５部 |  |
| 様式８ | 見積金額内訳書 | 令和4年  1月7日（金） | 正本１部、副本５部 |  |
| 様式９ | 魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザル参加申込辞退書 | 辞退を決定した場合 | １部 |  |

※　様式６から様式９までは、Ａ４版縦、横書き、左綴じとし、文字サイズは10.5ポイント以上とすること。

様式１

令和３年　　月　　日

魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託

プロポーザル説明資料申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| FAX番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 代表者氏名 |  |

※　プロポーザル参加を希望する場合、提出すること。

※　電子メールで申し込む場合は、件名に「魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託説明資料希望」と記載すること。

様式２

魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託

プロポーザル参加申込書

令和３年　　月　　日

魚沼市立小出病院

院長　布施　克也　様

（申込者）

商号又は名称

所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

担当者氏名

　魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザルに参加したいので、

関係係書類を添えて申込みます。

また、下記の事項について、相違ないことを誓約します。

記

(1)　飲食店営業について3年以上の運営経験を有すること。

(2)　本社・本店所在地及び魚沼市内において、過去３年間に食品衛生法に基づく行政処分を受けていないこと。

(3)　国税（法人税、消費税など）又は地方税（法人事業税、固定資産税、軽自動車税など）の未納がないこと。

(4)　魚沼市建設工事請負業者等指名停止措置要綱での別表第2の15（暴力的不法行為等）の適用に該当しない者であること。

様式３

営業経験申告書

令和３年　　月　　日

魚沼市立小出病院

院長　布施　克也　様

（申込者）

商号又は名称

所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

担当者氏名

魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザルの参加資格要件である飲食店営業について、過去３年以上の運営経験実績については、下記のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | №１ | №２ |
| 業務名称 |  |  |
| 契約の相手方 |  |  |
| 履行場所 |  |  |
| 契約金額 |  |  |
| 契約期間 |  |  |
| 業務内容 | （施設種類、年間提供食数、配置した従業員数など） | （施設種類、年間提供食数、配置した従業員数など） |

※　本社・本店所在地及び魚沼市内において、平成30年4月１日から令和3年11月30日までの間において、飲食店等の営業実績を記入すること。ただし、営業期間が異なるが履行場所が同一の契約は、１契約と見なす。

※　上記を証明する契約書等を添付すること。（コピー可。）

様式４

会社概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 経歴・沿革 |  | |
| 資本金 |  | |
| 従業員 | 役員 | 名 |
|  | 正社員 | 名 |
|  | パート・アルバイト等 | 名 |
| 本店所在地 |  | |
| 支店・営業所数 |  | |
| 県内の支店・営業所（名称・所在地） |  | |
| 業務内容 |  | |
| 経営方針 |  | |

※　パンフレット等を添付すること。（コピー可。）

※　商業登記を行っている場合は、商業登記簿謄本（令和3年9月1日以降に発行されたものに限る。）を添付すること。

※　別紙様式２の（３）を証明する書類（令和3年9月1日以降に発行されたものに限る。）を添付すること。

様式５

質　問　書

令和３年　　月　　日

魚沼市立小出病院

院長　布施　克也　様

（質問者）

商号又は名称

所在地

代表者氏名

魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザルの参加に当たり、実施要領の内容について、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 質問の内容 |
|  |  |

　　　　　　質問の内容に関する問い合わせ先

　　　　　　　担当者職氏名

　　　　　　　電話番号

　　　　　　　FAX番号

様式６

魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託に係る提案書類提出書

令和　　年　　月　　日

魚沼市立小出病院

院長　布施　克也　様

　　　　　　　　　　　　　　　（提案者）

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署名

所在地

職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザル実施要項に基づき、下記のとおり審査に係る書類を提出します。

なお、記載内容は事実に相違ありません。

記

添付書類

１　様式７　　 見積書

２　様式８　　 見積金額内訳書

１　提案者（会社）の概要

　(1)　名称等

|  |
| --- |
|  |

　(2)　代表者名

|  |
| --- |
|  |

　(3)　提案者の経歴・沿革

|  |
| --- |
|  |

　(4)　従業員数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役員 | 正職員 | パート等 | 計 |
|  |  |  |  |

　(5)　所在地

|  |  |
| --- | --- |
|  | 所在地 |
| 本店 |  |
| 支店・営業所 | 他　　箇所 |

　(6)　業務内容

|  |
| --- |
|  |

　(7)　病院への過去の出店実績（撤退したものを含む）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 所在地 | 営業期間 | 営業内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　提案動機

|  |
| --- |
|  |

３　運営のコンセプト

|  |
| --- |
|  |

４　メニュー及び価格

|  |
| --- |
| ・メニュー及び価格  （健康メニューの提供を含め、サンプル写真等があれば添付してください。）  ・地元食材の活用方法  ・その他 |

５　実施体制

|  |
| --- |
| ・営業時間  ・人員配置計画（地元雇用の考え方）  ・安全衛生管理体制  ・災害時等における病院への協力体制  ・レストラン内のイメージ（配置図などがあれば添付してください。） |

６　自由提案

|  |
| --- |
| （その他出店に関して提案がある場合は具体的に記載してください。） |

様式７

見　積　書

１　件名　魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託

（委託期間：令和4年4月1日から令和7年3月31日）

２　見積金額　　￥

魚沼市財務規則及びこれに基づく契約条件を承知のうえ見積りします。

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

魚沼市立小出病院

院長　布施　克也　様

注意　１　金額は訂正しないこと。

　　　２　見積額には、消費税及び地方消費税は含まない額を記載すること。

様式８

見積金額内訳書

期間：**３年分の見積額の内訳を記入してください。**　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | | 金額 | 摘要 |
| 人件費 | 基本給  各種手当  賞与  退職金引当  法定福利厚生費  法定外福利厚生費  　　　計 | 有資格者　　名  調理師　　　名  その他　　　名  通勤  住居  その他 |  |  |
| 保健衛生 | 健康診断費  消耗品費  事務費  雑費  　　　計 |  |  |  |
| 各種経費 | 教育費  通信費  消耗品費  事務費  雑費  　　　計 |  |  | 電話・FAX・パソコンの購入費用、設置費用及びそれらに係る通信費は受託者負担とする。 |
| 営業費 | 会社運営費  その他  　　　計 |  |  |  |
| 合　　　計 | | |  | **この額が見積書額** |
| 消　費　税 | | |  |  |
| 総　合　計 | | |  |  |

※　「人件費・基本給」以外の項目は適宜修正すること。

※　受託者が負担する内容については、「魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託仕様書」を確認すること。

様式９

魚沼市立小出病院レストラン運営業務委託プロポーザル参加申込辞退書

令和　　年　　月　　日

魚沼市立小出病院

院長　布施　克也　様

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　令和　年　月　日付けで参加申込書を提出した標記プロポーザルについて、下記の理由により参加を辞退します。

記

理由：