（様式第１号）

令和３年　　月　　日

岩見沢市長　　松　野　　哲　　様

住所又は所在地

事業者名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**岩見沢市立総合病院　給食業務**

**公募型プロポーザル参加表明書（誓約書）**

標記業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領で定める参加資格の全ての要件を満たしていることを誓約し、参加表明書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名及び代表者 | フリガナ |
|  |
| 連　絡　責　任　者 | 所属・役職 |
| フリガナ |
| 氏　　　名 |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 電話番号  ファックス番号 | ＴＥＬ |
| ＦＡＸ |
| 電子メールアドレス |  |

（様式第１号）

**会社概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 設立（創設）年月日 |  | |
| 沿革・経歴 |  | |
| 資本金 |  | |
| 本店所在地 |  | |
| 支店・営業所数 |  | |
| 岩見沢を管轄する  支店・営業所 | 名　称：  所在地： | |
| 従業員数 | 役員又は個人事業主 |  |
| 正社員又は専従者 |  |
| パート・アルバイト等 |  |
| 業務内容 |  | |
| 経営方針等 |  | |

（様式第２号）

**業　務　実　績　書**

平成28年4月以降に受託した許可病床300床以上の急性期病院における給食業務の受託実績を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病　　院　　名 | 病床数 | 所 在 地 | 受託期間 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日～　　　年　月　日 |

※　所在地には道内の場合は市町村名、道外の場合は都道府県名と市町村名を記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| その他、１回300食以上又は１日750食以上を提供する施設の受託実績 | | | |
| 病　　院 | か所 | 施　　設 | か所 |
| 社員食堂 | か所 | 学生食堂 | か所 |
| その他 | か所 |  |  |

（様式第３号）

**誓　　約　　書**

岩見沢市長　　松　野　　哲　様

私は、岩見沢市立総合病院給食業務に関する公募型プロポーザルに参加を希望するに当たり、暴力団員（暴力団員による不当な行為等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第６号に規定する暴力団員（以下同じ。））又は暴力団関係事業者（暴力団員が実質的に経営を支配する事業者その他同条第２号に規定する暴力団員又は暴力団員と密接な関係を有する事業者をいう。）に該当しない者であるとともに、今後、これらの者とならないことを誓約します。

上記の誓約に反することが明らかになった場合は、参加を制限されても依存ありません。

また、上記の誓約の内容を確認するため、岩見沢市が他の官公署に照会を行うことに承諾します。

令和３年　　月　　日

住所又は所在地

事業者名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（様式第４号）

　会 社 名

**岩見沢市立総合病院　給食業務**

**公募型プロポーザル質問書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | | | 質　疑　内　容 |
|  | | |  |
| 連　絡　先 | 所属・氏名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |
| 電子メールアドレス |  | |

（様式第５号）

**岩見沢市立総合病院　給食業務**

**公募型プロポーザル企画提案書**

令和３年　　月　　日

岩見沢市長　　松　野　　哲　　様

住所又は所在地

事業者名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（様式第６号）

**参　考　見　積　書**

令和３年　　月　　日

岩見沢市長　　松　野　　哲　　様

住所又は所在地

事業者名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**業　務　名　　　　岩見沢市立総合病院　給食業務**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 億 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 見積金額  （年額） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１　この参考見積書には、年額委託料（消費税及び地方消費税を除く。）を記入すること。

２　積算内訳（様式第7号）で積算した「合計」に月数の12を乗じた金額とする。

（様式第７号）

1か月あたりの積算額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 金　　額 | 内容・積算根拠等 | | |
| 食　　材　　費（Ａ） | |  | ①朝　　　食  ②昼　　　食  ③夕　　　食 | 単価（　　　）×  単価（　　　）×  単価（　　　）× | 7,500食  7,500食  7,500食 |
| ④デイケア食  ⑤付添者食(朝)  ⑥付添者食(昼)  ⑦付添者食(夕) | 単価（　　　）×  単価（　　　）×  単価（　　　）×  単価（　　　）× | 350食  20食  20食  20食 |
| ⑧術後・ﾊｰﾌ食(朝)  ⑨術後・ﾊｰﾌ食(昼)  ⑩術後・ﾊｰﾌ食(夕) | 単価（　　　）×  単価（　　　）×  単価（　　　）× | 300食  300食  300食 |
| ⑪医　局　食 | 単価（　　　）× | 920食 |
| ⑫小児おやつ  ⑬産褥食(出産後)  ⑭付加食(出産後) | 単価（　　　）×  単価（　　　）×  単価（　　　）× | 120食  15食  90食 |
| ⑮行　事　食  ⑯年末行事食 | 単価（　　　）×  単価（　　　）× | 180食  30食 |
| 管理費（固定） | 人件費（交通費含む） |  |  | | |
| 保健衛生費 |  |  | | |
| 災害備蓄購入・管理費 |  |  | | |
| その他諸経費 |  |  | | |
| 管理費 |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 管理費　小計（Ｂ） |  |  | | |
| 合　　計　（Ａ）＋（Ｂ） | |  |  | | |

※　食材費　　　　～常食（一般食・特別食）には個別対応食（アイス、ゼリー等）を考慮した金額を記入してください。

　　　　　　　　　　「⑫小児おやつ」から「⑯年末行事食」までの単価は常食の単価に加算する金額を記入してください。

※　管理費（固定）～区分欄に記入されている項目については必ず記入ください。

　　　　　　　　　　　＊人件費には交通費を含め、配置予定の全職員の給与等を計上してください。また、積算根拠欄には職員数を職種別に記入してください。

　　　　　　　　　　　＊保健衛生費には検便、健康診断、被服費等を計上してください。

　　　　　　　　　　　＊災害備蓄購入・管理費には3日分の災害備蓄の購入・管理に係る年間の経費を1か月分に換算した金額を計上してください。

　　　　　　　　　　　＊その他諸経費には事務に係る消耗品費、通信費等を記入計上してください。

　　　　　　　　　　　＊管理費には事業に係る支店・営業所等において必要な事業管理費を計上してください。

　　　　　　　　　　　＊上記区分に分類されない経費がありましたら、適宜追加して記入してください。