様式第１号

令和７年　　月　　日

大網白里市長　金坂　昌典　　様

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

国保大網病院給食業務委託業者選定に係る公募型プロポーザル参加表明書

（兼誓約書）

　私は、国保大網病院給食業務委託に関する公募型プロポーザル実施要領及び下記の事項を遵守し、参加の意思を表明します。

　また、参加に当たり、実施要領に規定する参加者資格を満たすこと、提出書類の内容に虚偽または不正がないことを申し添えます。

　なお、参加後、参加者資格を有しないことが判明した時及び参加者資格を有しなくなった時は、速やかに貴職宛に申し出るとともに、受託事業者としての不選定や取消し等の処分を受けることがあっても、異議申立てをしないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称及び代表者 | フリガナ |
|  |
| 連絡責任者氏名 | フリガナ | 部署 |  |
|  |
| 役職 |  |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　＠ |

様式第２号

令和７年　　月　　日

大網白里市長　金坂　昌典　　様

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

国保大網病院給食業務委託業者選定に係る公募型プロポーザル参加辞退届

　令和７年　　月　　日付けで国保大網病院給食業務委託業者選定に関する公募型プロポーザルの参加表明書を提出いたしましたが、下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

・辞退理由

様式第３号

令和７年　　月　　日

国保大網病院給食業務委託業者選定に係る質問書

宛先　　〒299-3221

千葉県大網白里市富田８８４－１

　　　　　　大網白里市立国保大網病院　管理班

　　　　　　FAX　0475-72-1125

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 会社名 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 作成者の所属・氏名 |  |
| 電 話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 |  |
| 質問要旨 |

様式第４号

令和７年　　月　　日

大網白里市長　金坂　昌典　　様

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

業務責任者の経歴等

（１）業務責任者の氏名、居住地、年齢

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 居住地　※市町村名までの記載で可 |  |

（２）業務責任者が保有する資格

　　※本書提出時点で取得予定のもの又は失効しているものは記載不可。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格名称 | 主催団体 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（３）業務責任者の同種業務経歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名称 | 従事内容 | 従事期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

様式第５号

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

貴院における給食業務委託業者の選定に係る公募型プロポーザルへの参加にあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

業務実績一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 病床数 | 平均食数（食種） | 委託期間 | 人員体制（職種、人数） |
|  |  |  | ～ | ・管理栄養士　　　人・栄養士　　　　　人・調理師　　　　　人・その他　　　　　人　　　　計　　　人 |
|  |  |  | ～ | ・管理栄養士　　　人・栄養士　　　　　人・調理師　　　　　人・その他　　　　　人　　　　計　　　人 |
|  |  |  | ～ | ・管理栄養士　　　人・栄養士　　　　　人・調理師　　　　　人・その他　　　　　人　　　　計　　　人 |
|  |  |  | ～ | ・管理栄養士　　　人・栄養士　　　　　人・調理師　　　　　人・その他　　　　　人　　　　計　　　人 |
|  |  |  | ～ | ・管理栄養士　　　人・栄養士　　　　　人・調理師　　　　　人・その他　　　　　人　　　　計　　　人 |

様式第６号

令和７年　　月　　日

大網白里市長　金坂　昌典　　様

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

国保大網病院給食業務委託業者選定に係る公募型プロポーザル企画提案書

　国保大網病院給食業務委託業者選定に係るプロポーザル企画提案書を提出いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 任意様式　企画提案書 | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |
| ２ | 様式第４号　業務責任者の経歴等 | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |
| ３ | 様式第５号　業務実績一覧 | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |
| ４ | 様式第７号　見積書 | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |
| ５ | 様式第７－２号　見積内訳書 | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |
| ６ | 医療関連サービスマーク認定証の写し | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |
| ７ | 代行保証内容の分かるもの | ・・・ | ８部（正本１部、副本７部） |

様式第７号

見　　積　　書

令和７年　　月　　日

大網白里市長　金坂　昌典　　様

会社名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

国保大網病院給食業務委託について、下記のとおり見積りします。

記

　１　管理費

|  |  |
| --- | --- |
| 　項目 | 金額 |
| 管理費（人件費及びその他諸経費） | 総額　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円 |

　２　給食材料費

|  |  |
| --- | --- |
| 　項目 | 金額 |
| 給食材料費 | 総額　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円 |

（記載上の注意）

　　１　消費税及び地方消費税を含んだ金額を記載してください。

　　２　様式第７－２号及び見積内訳明細書（任意様式可）を添付してください。