様式１

年 月 日

（あて先）いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘 御中

電話番号 ０８８－８９２－１０８６

「いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務委託プロポーザル」

に係る質問票

下記のとおり質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 項 目（書類名称・ページ・項目など） | 内 容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１：質問事項は、簡潔に記載してください。

所在地

商号又は名称

部署名

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話

FAX

E-mail

様式２

年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

「いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務委託プロポーザル」

参加申込書

「いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務委託プロポーザル」について、下記のとおり参加を申し込みます。なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１ 業務名 いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務

２ 入札参加資格 いの町における競争入札参加資格 （ 有 ・ 無 ）

３ 添付資料

　・参加資格要件確認書（様式３）

　・業務受託実績書（様式４）

　・法人、事業所等の概要が分かるもの（パンフレットなど）

　・いの町入札参加資格を有しない場合は、実施要領に示す書類一式

【連絡先】

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX 番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式３

会社概要書

令和　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

【会社概要】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設立年月日 |  | | 資本金 |  | |
| 主な事業概要 |  | | | | |
| 資格 |  | | | | |
| 常勤職員数  （申出日現在） | 管理栄養士 | 栄養士 | 調理師 | 事務員　他 | 計 |
|  |  |  |  |  |

【本業務の担当を予定している部署】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本店又は支店等の所在地 |  | | |
| 本店又は支店等の名称 |  | | |
| 代表者職・氏名 |  | | |
| 業務主担当者　職・氏名 |  | 所属部署 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

様式４

参加資格要件確認書

「いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務委託プロポーザル」に参加するにあたり、実施要領『４　参加資格』のとおり、以下の（１）～（１３）の要件を満たしていることを報告します。

（１）いの町の入札参加資格の停止措置を受けていないこと。

（２）地方自治法施行令第167条の4の規定に該当しないこと。

（３）国税、都道府県税及び市区町村税に滞納がないこと。

（４）破産法（平成16年法律第75号）に基づく破産手続開始の申立て、会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく会社更生手続開始の申立て、特定債務等の調整の促進のための特定調停に関する法律（平成11年法律第158号）に基づく特定債務等の調整に係る調停の申立て又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立てのいずれも行っていない者であること。

（５）会社法（平成17年法律第86号）に基づく清算の開始又は破産法（平成16年法律第75号）に基づく破産の申立てがなされている者でないこと。

（６）いの町の事務及び事業における暴力団の排除に関する規則第2条第2項第5号に掲げる排除措置対象者に該当しない者であること。

（７）損害賠償保険に加入する者であること。

（８）公益社団法人日本メディカル給食協会と「代行保証契約」を締結する者であること。

（９）医療関連サービスマーク認定事業者であること。

（１０）高知県内において、過去３年間継続して特別養護老人ホーム又は病院・福祉施設の調理業務の受託実績があること。

（１１）過去３年間に、高知県内で衛生関係法令による営業停止処分など不利益処分を受けていないこと。

（１２）本業務を遂行するために必要とされる業務経験等を有した者を従事させることができ、円滑な連絡調整及び緊急時の迅速な対応が出来ること。

（１３）本社又は支店等が四国内に所在すること。

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

様式５

業務受託実績書

令和４年度以降の同種・類似した業務実績を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 件 名 |  |
| 委 託 者  履 行 期 間 |  |
| 業 務 概 要 |  |
| 特筆すべき成果 |  |
| 件 名 |  |
| 委 託 者  履 行 期 間 |  |
| 業 務 概 要 |  |
| 特筆すべき成果 |  |
| 件 名 |  |
| 委 託 者  履 行 期 間 |  |
| 業 務 概 要 |  |
| 特筆すべき成果 |  |

注１：記載する業務実績は最大○件までとします。

注２：上記に記載した内容が確認できる書類（契約書の写し等）を添付してください。

様式６

年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

企画提案書

「いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務委託プロポーザル」について、公告及び実施要領等の内容を承諾した上で、参加を表明するとともに、関係書類を提出します。

なお、参加資格の要件を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

【連絡先】

所属

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話番号

FAX 番号

E-mail

様式７

年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

辞退届

いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘における調理業務委託プロポーザル実施要領に基づき参加申込書（又は企画提案書）を提出しましたが、下記の理由により参加を辞退します。

理　由

【連絡先】

所属

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

電話番号

FAX 番号

E-mail