**給食調理等業務委託事業**

**公募型プロポーザル　様式集**

**社会福祉法人かたの福祉会**

**様　　式　　一　　覧**

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様　式　名　称 |
| 様式第　１号 | 公募型プロポーザル参加申込書 |
| 様式第　２号 | 誓約書 |
| 様式第　３号 | 福祉施設給食調理等業務履行実績 |
| 様式第　４号 | 保険等の加入状況について |
| 様式第　５号 | 質問書 |
| 様式第　６号 | 企画提案書 |
| 様式第　７号 | 提案見積書 |
| 様式第　8号 | 参加辞退届 |

様式第１号

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人かたの福祉会

理事長　柴野　東樹　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

公募型プロポーザル参加申込書

社会福祉法人かたの福祉会給食調理等業務委託事業公募型プロポーザルに参加したいので、下記の書類を添えてプロポーザル参加を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 様　式　名　称 | 提出部数 | ページ数 |
| ① | 誓約書（様式第２号） | １部 |  |
| ② | 福祉施設給食調理等業務履行実績（様式第３号） | １部 |  |
| ③ | 保険等の加入状況について（様式第４号） | １部 |  |
| ④ | 財務諸表の写し（直近の２箇年分） | １部 |  |
| ⑤ | 会社の概要がわかるパンフレット等 | １部 |  |

（作成者）

担当部署

役職名・氏名

電話

FAX

E-mai

様式第２号

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人かたの福祉会

理事長　柴野　東樹　殿　　　　　　　　　　　郵 便 番 号

住　　　 所

ふ り が な

商号又は名称

㊞

代 　表 　者

誓　約　書

１．会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続き開始の申立てがされていない者又は民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続き開始の申立てがされていない者であることを誓約します（ただし、再生手続き開始が決定され、競争参加資格の再認定を受けた者を除く）。

２．私は、私及び役員等（役員として登記又は届出がされていないが、事実上経営に参画している者を含む。）が、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当しないことを誓約します。

　また、その確認のため、所轄庁警察あて、照会を受けることに同意します。

３．本実施要項等の公表日から起算して過去３年以内に食品衛生法の規定により、許可を取り消されたことがない者であることを誓約します。

４．社会福祉法人かたの福祉会給食調理等業務委託事業公募型プロポーザル実施要綱Ⅰ－４に掲げる参加資格要件を全て満たしている事を誓約します。

上記１から４の事実に反した場合、参加資格を取り消されても異議ありません。

以上

様式第３号

福祉施設給食調理等業務履行実績

（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 業務場所 | 業務金額 | 業務期間 | 食数 | 栄養士数 | 調理員数 | 臨時等数 |
|  |  | 百万円 | 　年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |

（注）１　公告日から過去10年以内における業務を記すこと

　　　２　業務時の契約書の写し及び業務実績報告書の写しを添付すること

　　　３　業務時の名簿等、従事者の区別及び人員がわかるものを添付すること

　　　４　有資格者については、資格の写しを添付すること

　　　５　臨時等数にはパートタイムも含む

様式第４号

保険等の加入状況について

　給食業務を受託するにあたり、製造物責任法の規定による損害賠償責任を履行するため生産物賠償責任保険への加入および給食受託業務の代行保障制度への加入の有無及びその補償（保証）内容について記入してください。

※該当の場合は☑してください

（１）生産物（食中毒）賠償責任保険の加入の有無　　　　　　有□　　　　無□

補償（保証）内容について

（２）給食受託業務の代行保障制度への加入の有無　　　　　　有□　　　　無□

補償（保証）内容について

※保険証の写しを添付してください

様式第5号

令和　　　年　　　月　　　日

質　問　書

社会福祉法人かたの福祉会

理事長　柴野　東樹　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 |  |

社会福祉法人かたの福祉会給食調理等業務委託事業公募型プロポーザルの実施要項等に関して、以下のことについて質問がありますので提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ項目 |  |
| 質問内容 |  |

（注）１　質問は、本様式１枚につき１問とし、簡潔に取りまとめて記載すること

　　　２　質問の受付期間は、参加表明をされた日から令和4年1月5日（水）までとし、電子メールまたはＦＡＸにて提出すること

　　　３　全ての質問を取りまとめた後、令和4年1月11日（月）までにすべての事業者に対して電子メールにて回答する

様式第6号

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人かたの福祉会

理事長　柴野　東樹　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 |  |

企　画　提　案　書

社会福祉法人かたの福祉会給食調理等業務委託事業公募型プロポーザルについて、別添の通り企画提案書を提出します

（作成者）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 役職名・氏名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

様式第７号

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人かたの福祉会

理事長　柴野　東樹　殿

見　積　人

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

提　案　見　積　書

１　委託業務名　社会福祉法人かたの福祉会給食調理等業務委託事業

２　見積金額

　　　上記業務を令和４年度から令和６年度まで行うことを条件として、下記の通り提案見積書を提出します

記

（１）見積金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（消費税及び地方消費税を含む）

（２）各年度内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 金額（税抜） | 金額（税込） |
| 令和４年度見積金額 |  | 円 |  | 円 |
| 令和５年度見積金額 |  | 円 |  | 円 |
| 令和６年度見積り金額 |  | 円 |  | 円 |
| 合計 |  | 円 |  | 円 |

見積り金額欄はアラビア数字で記入し、金額の先頭に「￥」を付して下さい

各年度別の内訳として、経費内訳書（様式は任意）を添付して下さい

様式第８号

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人かたの福祉会

理事長　柴野　東樹　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

参　加　辞　退　届

　社会福祉法人かたの福祉会給食調理等業務委託事業公募型プロポーザルに参加を申し込みましたが、辞退します。