様式第１号

**参 加 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院　院長　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

　山梨県立中央病院内の指定場所における理容室運営事業者の選定に係る募集事業に参加したいので、別添のとおり関係書類を添えて申し込みます。

　また、本申込書の提出にあたり、添付資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

　【添付資料】

　　　○ 誓約書(様式第２号)

　　　○ 事業実績調書（様式第３号）

○ 価格提案書（様式第４号）

○ 添付書類

　　　ア 直近１年の山梨県税（県外事業者にあっては主たる事業所の所在都道府県税）にかかる納税証明書

　　　　イ 発行後１年以内の商業登記簿謄本もしくは本籍地発行の身分証明書

　　　　ウ 直近３年分の財務諸表

　エ 営業に必要な許認可等の写し

様式第２号

**誓約書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院　院長　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

　貴病院における理容室運営事業者選定に係る募集事業への参加について、下記の欠格要件（ア～オ）のいずれにも該当しないことを誓約します。

　また、理容室運営事業者に選定された場合には、山梨県立中央病院理容室運営に係る仕様書に記載された内容を遵守するとともに、仕様書の内容を満たせなくなった場合は、速やかに退去し、原状回復することを誓約します。

記

1. 山梨県税（県外事業者にあっては主たる事業所の所在都道府県税）を滞納している者
2. 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者（更生手続開始又は民事再生手続開始の決定を受けたものを除く。）
3. 代表者が成年被後見人及び被補佐人並びに破産者で復権を得ない者
4. 過去３年間に関係法令に違反したとして行政処分を受けた者
5. 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号から第4号まで又は第6号の規定に該当する者

様式第３号

**事 業 実 績 調 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | | | | 内　　　　容 |
| 事 業 者 名 | | | |  |
| 代 表 者 名 | | | |  |
| 当院から最寄りの支店名  （営業所名）とその所在地 | | | | 本・支店名 |
|  |
| 所在地 |
|  |
| 電話番号 |
|  |
| 設立（事業開始）年月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 事 業 概 要 | | | |  |
| 沿　　　　革 | | | |  |
| 資本金（R2.4.1現在） | | | | 円 |
| 総従業員数（R2.4.1現在） | | | | 人 |
| 令和1年度  営業成績 | | 売上高 | | 円 |
| 純利益 | | 円 |
| 理容室業務開始年 | | | | 年 |
| 同種業務を担当する部門 | | | |  |
| 同種業務を担当する部門の  従業員数（R2.4.1現在） | | | | 人 |
| 直近１年  同種業務  経営実績 | 年 | | 売上高 | 円 |
| 純利益 | 円 |
| 運営している理容室 | 店　　名 | | |  |
| 所 在 地 | | |  |
| 運営期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 運営規模  （座席数） | | | 席 |
| 年間客数 | | | 人 |
| 調髪価格 | | |  |
| その他特記事項及び上記内容にかかる補足事項 | | | |  |

※運営している理容室が複数ある場合、売上規模の大きい上位３店舗の内容を記載すること。

様式第４号

**価 格 提 案 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人山梨県立病院機構

山梨県立中央病院　院長　平賀 幸弘　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

「山梨県立中央病院理容室運営事業者募集要項」の内容を承知し、次のとおり賃料を提案します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提 案 賃 料 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

※提案賃料は、１年間の賃料（消費税抜）とすること。

※提案賃料は、最低賃料１５０，０００円以上の金額を記入すること。

様式第５号

**現地見学希望申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

【宛先】

　〒４００－８５０６　甲府市富士見１－１－１

　山梨県立中央病院　企画経理課　企画経理担当

　電話　　０５５－２５３－７１１１（内線２０３２）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

　e-mail　[nakamura-bfvj@ych.pref.yamanashi.jp](mailto:nakamura-bfvj@ych.pref.yamanashi.jp)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

参加者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部署名 | 役職名 | 担当者名 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ 会場の都合上、各事業者２名までとする。

※ 事前にPCR検査結果の証明書を求める場合がある。

様式第６号

**質 問 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

【宛先】

　〒４００－８５０６　甲府市富士見１－１－１

　山梨県立中央病院　企画経理課　企画経理担当

　電話　　０５５－２５３－７１１１（内線２０３２）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

　e-mail　[nakamura-bfvj@ych.pref.yamanashi.jp](mailto:nakamura-bfvj@ych.pref.yamanashi.jp)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質　問　者　欄 | 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 質問者の  所属・氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

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