様式第１号

**参 加 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

山梨県立中央病院

院 長　中込　博　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名 印

　　　　　　　　　　　　 　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

Ｆ Ａ Ｘ

Ｅ-mail

　山梨県立中央病院内の自動販売機設置事業者の選定に係る販売手数料の提案をしたいので、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。

なお、自動販売機の管理・運営にあたり必要な許認可等については、別紙写しのとおり既に取得済みであることを表明します。

　【添付資料】

　　　○誓約書(様式第２号)

○事業実績調書(様式第３号)

○自動販売機の設置・運営に必要な許認可等の写し

　　○直近１年の法人税、所得税、消費税及び県税に係る納税証明書

　　　○直近１年の財務諸表（貸借対照表・損益計算書・株主資本等変動計算書・個別注記表）

（法人の場合）

　　　○発行後１年以内の商業登記簿謄本（法人の場合）

　　　○直近１年の確定申告書控えの写し（個人事業主の場合）

　　　○発行後１年以内の身分証明書（個人事業主の場合）

　　　○発行後１年以内の登記されていないことの証明（個人事業主の場合）

　　　○その他会社概要等の参考資料（必要に応じ）

様式第２号

**誓約書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

山梨県立中央病院

院 長　中込　博　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名 印

　　　　　　　　　　　　 　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　貴病院における自動販売機設置事業者選定に係る販売手数料を提案するにあたって、下記の欠格要件（①～⑤）のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

①法人税、所得税、消費税及び県税を滞納している者（県外事業者にあっては主たる事業所の所在都道府県税）

②会社更生法（平成１４年法律第１５４号）に基づく更生手続開始の申立て又は民事再生法（平成１１年法律第２２５号）に基づく民事再生手続開始の申立てをしている者（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年間に食品衛生法等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 |  | | |
| 設立（事業開始）年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 主たる事業所の所在地 |  | | |
| 会社の概要 | 資本金  （R3.4.1現在） | 円 | |
| 総従業員数  （R3.4.1現在） | 人 | |
| 令和3年度  営業成績 | 売上高 | 円 |
| 純利益 | 円 |
| 自動販売機の設置実績  （代表的なもの） | 設置個所 | | |
|  | | |
| 所在地 | | |
|  | | |
| 設置期間 | | |
|  | | |
| 設置台数 | | |
|  | | |

様式第４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２０３５）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

　e-mail　 kouno-bddk@ych.pref.yamanashi.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質　問　者　欄 | 住所 |  |
| 事業者名 |  |
| 作成者氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

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

様式第５号

**現地説明会参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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２０３５）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

　e-mail　 kouno-bddk@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名までとします。

様式第６号

**販 売 手 数 料 提 案 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

山梨県立中央病院

院 長　中込　博　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名 印

　　　　　　　　　　　　 　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

受任者

（代理人）

　「地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院内における自動販売機設置事業者募集要項」の内容を承知し、次のとおり販売手数料を提案します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 物件番号 |  | 販 売 手 数 料 | | | | | |
|  |  |  |  | ． |  |  | ％ |

　※販売手数料は、小数点第２位まで記入すること。

　　※必ず希望する物件ごとに提出すること。

様式第７号

**委 任 状**

受任者

（代理人）

使用印鑑

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委託します。

令和　年　　月　　日の山梨県立中央病院内における自動販売機設置事業者選定に関する一切の行為

令和　　年　　月　　日

山梨県立中央病院　院長　中込　博　殿

委任者　住　　所

代表者名 　　　 印