様　　　式　　　集

令和５年１２月５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

目　次

様　　　式１　　　　参加参加資格確認申請書

様　　　式２　　　　誓約書

様　　　式３　　　　会社概要等整理表

様　　　式４　　　　経営状況

様　　　式５　　　　契約実績調書

様　　　式６　　　　業務責任者に関する調書

様　　　式７　　　　主担当予定者に関する調書

様　　　式８　　　　質問書

様　　　式９　　　　委任状

様　　　式１０　　　入札書

様　　　式１１-１ 　積算内訳書

様　　　式１１-２ 　人件費積算内訳書

様　　　式１２　　　参加資格確認結果通知書

様式１

**入札参加資格確認申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　小島　裕一郎　殿

住 所

法人名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

担当者　所属部署

氏　　　名

電話番号

Ｆ　Ａ　Ｘ

Ｅ - mail

山梨県立中央病院入院患者等給食業務委託に係る入札に参加する資格について、別添のとおり関係書類を添えて申請します。

　【添付資料】

　　　〇　入札参加資格確認申請書（様式１）

（１）誓約書（様式２）

（２）都道府県の物品調達に関する入札参加資格登録を得ている者であることを証した書類の写し

（３）会社概要等整理表（様式３）

ア　発行後１年以内の商業登記簿謄本（履歴事項全部証明書）

イ　発行後１年以内の法人税、消費税及び県税に係る納税証明書

 　ウ　賠償責任保険加入証の写し（契約締結時までに加入で可）

エ　「医療関連サービスマーク(患者等給食業務)」認定証の写し

（４）契約実績調書（様式４）

（５）業務責任者に関する調書（様式５）

（６）主担当予定者に関する調書（様式６）

（７）経営状況（様式７）

直近３年分の財務諸表（貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書、株主資本等変動

計算書、個別注記表）

様式２

**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　小島　裕一郎　殿

住 所

商号又は名称

代表者職氏名 印

山梨県立中央病院入院患者等給食業務委託に係る一般競争入札への参加について、下記に相違ないことを誓約します。

記

①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。）でないこと。

②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でないこと。

③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まで又は第６号の規定に該当する者でないこと。

様式３

**会社概要等整理表**

|  |  |
| --- | --- |
| 提案希望者 | 商号又は名称 |
| 所在地 |
| 代表者 |
| ＨＰアドレス |

＜会社（団体）の概要＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設立年月日 |  | 資　本　金 | 千円 |
| 売　上　高 | 千円 | 従 業 員 数 | 人 |
| 主 要 株 主 |  | 関 連 会 社 |  |

※１　「売上高」は、直近の決算期のものを記入してください。

※２　パンフレット等参考となる資料がありましたら添付してください。

＜外部協力事業者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者 |  |
| 協力内容 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者 |  |
| 協力内容 |  |

※この表は、該当がある場合のみ記載してください。

様式４

令和５年　　月　　日

経　営　状　況

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 | 総数　　　　　　　　　　　　　　名 |
| うち正社員　　　　　　　　　　名 |
| うち契約社員　　　　　　　　　名 |
| うちパート　　　　　　　　　　名 |
| うちアルバイト　　　　　　　　名 |
| 上記のうち病院給食部門の従業員数 | 総数　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 管理栄養士　　　　　　　　　　名 |
| 栄養士　　　　　　　　　　　　名 |
| 調理師　　　　　　　　　　　　名 |
| 調理師補助　　　　　　　　　　名 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 支店・営業所数 |  |
| 山梨県を担当する支店・営業所名 |  |
| 上記所在地 |  |
| 直近事業年度の決算状況 | 売上高 | 千円 |
| 営業損益 | 千円 |
| 経常損益 | 千円 |
| 当期純利益 | 千円 |

※直近３年分の財務諸表（貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書、株主資本等変動計算書、個別注記表）を添付すること。

様式５

**契約実績調書**

４００床以上の病院において履行中の、今般の委託業務と同種類の契約実績について

記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 契約の相手方（病　院　名） | 病床数 | 受託業務内容 | 受託期間 |
| １ |  | 床 |  |  |
| ２ |  | 床 |  |  |
| ３ |  | 床 |  |  |
| ４ |  | 床 |  |  |
| ５ |  | 床 |  |  |
| ６ |  | 床 |  |  |

※記載する業務実績は規模の大きいものから３件以上とします。

※正本には上記に記載した内容が確認できる書類（契約書の写し、受注証明書等）を添付

してください。

※受託期間は、始期と終期を記載してください。例「R2.4～R5.3」

様式６

令和５年　　月　　日

受託業務責任者等に関する調書

|  |  |
| --- | --- |
| 　商号又は名称 |  |
|  | 予定者氏名 | 所属・役職名 | 担当する業務の内容 | 経験年数 |
| 受託業務責任者 |  |  |  |  |
| 主な業務経歴 | 保有資格 |
| 栄養担当責任者 |  |  |  |  |
| 主な業務経歴 | 保有資格 |
| 調理担当責任者 |  |  |  |  |
| 主な業務経歴 | 保有資格 |

※１　業務責任者については、「主担当予定者に関する調書」を併せて作成すること。

※２　保有資格については、これを証する書類の写しを添付すること。

様式７

令和５年　　月　　日

主担当予定者に関する調書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  　年　月 　日 |
| 業務経験年数 | 保有資格 |  | 取得年月日 |  　年　月 　日 |
| 年　　月 |  | 取得年月日 |  　年　月 　日 |
| 同種の業務実績（３件まで）　 |
| 業務名 | 業　務　概　要 | 施　設　名 | 契約期間 |
|  | 立場： | 病床数　　 床 |  |
|  | 立場： | 病床数　　 床 |  |
|  | 立場： | 病床数　　 床 |  |
| 従事技術分野の経歴（直近の順に記載） |
| １：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平成　　　年～平成　　　年）２：　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　（平成　　　年～平成　　　年）３：　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　（平成　　　年～平成　　　年） |

様式８

令和５年　　月　　日

質問書

所在地：

商号又は名称：

代表者職氏名：

担当者：

電　話：

E-mail：

FAX：

　「山梨県立中央病院入院患者等給食業務」に係る一般競争入札について、次のとおり質問します。

| № | 資料名・頁 | 質問事項（簡潔に） |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

様式９

・資料のない質問については、資料名及びページの項目は空欄にすること。

委　任　状

受任者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 使用印鑑 |  |

　　　私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委託します。

　　　　 記

 令和５年１２月２５日に執行する「山梨県立中央病院入院患者等給食業務委託」に係る一般競争入札に関する一切の行為

 令和５年１２月　　日

委　任　者

所在（住所)

名称（氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

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　 小嶋　裕一郎　　　殿

様式１０

入　札　書

（第　回)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 十億 | 億 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|
|

（消費税を含まず)

 ※先頭に￥を記入してください。

※3年間の総額を記入してください。

件　　名　　山梨県立中央病院入院患者等給食業務委託

　　　令和５年１２月２５日

所在（住所)

名称（氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 印

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　 小嶋　裕一郎　　　殿

様式１１－１

商号又は名称

積算書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 単　　価 | 予定業務数量 | 金　　額 |
| ①一般食 | 朝食 | 円 | ２２４，０００ | 円　 |
| 昼食 | 円 | ２２０，０００ | 円　 |
| 夕食 | 円 | ２２４，０００ | 円　 |
| ②特別食 | 朝食 | 円 | １４１，０００ | 円　 |
| 昼食 | 円 | １３９，０００ | 円　 |
| 夕食 | 円 | １３９，０００ | 円　 |
| ③調　乳 |  | 円 | 　７１，０００ | 円　 |
| ④月額管理料 | 円 | ３６ヵ月 | 円 |
| 合　　計 | 円 |

※消費税を除いた金額を記入すること。

様式１１－２

商号又は名称

積算内訳書

|  |
| --- |
| １食当たり食材費 |
| 区　　　　分 | 単　　価（Ａ） | 備　　　　考 |
| 一般食 | 朝　　食 | 円　 |  |
| 昼　　食 | 円　 |  |
| 夕　　食 | 円　 |  |
| 特別食 | 朝　　食 | 円　 |  |
| 昼　　食 | 円　 |  |
| 夕　　食 | 円　 |  |
| 調乳 | 円　 |  |
| 管理費 |
| 項　　　　目 | 金　　額 | 摘　　　　　要 |
| 人件費 | 給与 | 円　 | (管理)栄養士　　人、調理師　　人、調理師補助　　人　　計　　　人 |
| 各種手当 | 円　 |  |
| 賞与 | 円　 |  |
| 退職引当金 | 円　 |  |
| 法定福利費 | 円　 |  |
| 小　　計 | 円　 |  |
| 一般福利厚生費 | 円　 |  |
| 小　　計 | 円　 |  |
| 保健衛生 | 健康診断 | 円　 |  |
| 検便 | 円　 |  |
| 個人衛生 | 円　 |  |
| 被服費 | 円　 |  |
| 小　　計 | 円　 |  |
| 各種経費 | 事業所運営費 | 円　 |  |
| 通信費 | 円　 |  |
| 消耗品費 | 円　 |  |
| 事務用品費 | 円　 |  |
| 雑費 | 円　 |  |
| 小　　計 | 円　 |  |
| 営業費 | 支店管理費 | 円　 |  |
| 利益 | 円　 |  |
| 小　　計 | 円　 |  |
| 合　　計① | 円　 |  |

様式１２

令和５年　　月　　日

入札参加資格確認結果通知書

商号又は名称

代表者職氏名　殿

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　小島　裕一郎

令和５年１２月５日付けで公告した次の業務に係る一般競争入札について、入札参加資格確認結果を通知します。

１ 件　　名　山梨県立中央病院入院患者等給食業務

２ 履行場所　山梨県立中央病院

３ 入札参加資格の有無

（１） 有の場合、資格があることを確認しました。

（２） 無の場合、次に理由により、資格のあることが確認できませんでした。

○○のため。

様式１３

令和５年　 月　 日

『山梨県立中央病院入院患者等給食業務委託』現場説明会参加申込書

『山梨県立中央病院入院患者等給食業務委託』に係る説明会に参加したいので次のとおり申込いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 連絡担当者 | 部署名 |
| 氏名 |
| 連絡先 | 所在地〒 |
| 電話 |
| FAX |
| メールアドレス |
| （フリガナ）参加者氏名 | （　　　　　　　　　　　） |
|  |

※参加を希望される方は、令和５年１０月６日 正午までに、持参、ファックス

または電子メールで提出してください。

（宛先）

山梨県立中央病院企画経理課調度担当　柳澤

電　話：０５５－２５３－７１１１（内線２１１３）

ＦＡＸ：０５５－２５３－８０１１

電子メールアドレス：yanagisawa-yfgj@ych.pref.yamanashi.jp