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　小嶋　裕一郎　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売店運営事業者の選定に係る企画提案に参加したいので、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】

　　　○欠格要件なきことの誓約書(様式第２号)

○企画提案書（様式第３号）

○価格提案書（様式第４号）

　　○直近１年の県税にかかる納税証明書

　　　○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

　　　○直近３年分の財務諸表

○営業に必要な許認可等の写し

○災害時における自治体との物資供給に関する協定書の写し

様式第２号

**欠格要件なきことの誓約書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　小嶋　裕一郎　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

　貴病院における売店運営事業者選定に係る企画提案への参加について、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。

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. 山梨県内においてすべての営業所・店舗において過去３年間に食品衛生法（昭和22年法律第233号）に基づく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 | | | | 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（R7.4.1現在） | | | | 円 |
| 総従業員数（R7.4.1現在） | | | | 人 |
| 令和6年度 | | 売上高 | | 円 |
| 営業成績 | | 純利益 | | 円 |
| 売店業務開始年 | | | | 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（R7.4.1現在） | | | | 人 |
| 直近１年  同種業務  経営実績 | 年 | | 売上高 | 円 |
| 純利益 | 円 |
| ５００床以上の病院における５年以上の売店営業実績  （代表的なもの） | 病院名 | | |  |
| 所 在 地 | | |  |
| 運営期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 運営規模  （年間客数） | | | 人 |
| 営業者名  （直営・加盟店の別） | | |  |
| その他特記事項及び上記内容にかかる補足事項 | | | |  |

様式第４号

**企 画 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　小嶋　裕一郎　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

　山梨県立中央病院の売店運営事業者の選定に係る企画提案書類を提出します。

　企画提案書類の内容については事実と相違ないこと及び売店運営事業者に選定された場合には、企画提案書類の内容を誠実に実行することを誓約します。

様式第５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　小嶋　裕一郎　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　 　電話番号

ＦＡＸ

e-mail

「山梨県立中央病院売店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２０，０００，０００円以上の金額を記入すること。

様式第６号

**現地見学会参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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２０３２）

　ＦＡＸ　０５５－２５３－８０１１

　e-mail　 odagiri-bcwx@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。

様式第７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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
|  |  |