【様式１】

参　 加 　申　込　書

　　年　　月　　日

豊中市病院事業管理者

所　在　地

　　商号または名称

代表者職氏名

　市立豊中病院コンビニエンスストア運営事業にかかる公募プロポーザル及び＊現場説明会（11月21日、11月22日）に参加したいので，申込書を提出します。

　なお，募集要項に示された参加資格要件を満足していることおよび今後提出する添付書類の内容については，事実と相違ないことを誓約します。当該誓約に違反があった場合には、一方的に審査手続きから除外されても異議ありません。

**＊現場説明会の日付をどちらか1日選択して下さい。**

【様式２】

質　　問　　書

　　年　　月　　日

 豊中市病院事業管理者

（連絡先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 | 所属　　　　　　　　　　 氏名 |
| 電話 |  |
| Email アドレス |  |

 市立豊中病院コンビニエンスストア運営事業について，次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1項目１欄を使用して、欄が不足するときは、複写などで追加してください。
* 質問は、期日までに必ず下記アドレス宛へメールにてお願いします。

Eメールアドレス：shisetsu@chp.toyonaka.osaka.jp

【様式３】

提　案　書

豊中市病院事業管理者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

件名：市立豊中病院コンビニエンスストア運営事業

１．問い合わせ先

　　担当者　：

　　部署　：

　　住所　：

　　電話番号　：

　　e-mail　：

【様式４】

会社概要

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 | 正規社員 |  　人 |
| 契約社員 |  人 |
| パート・アルバイト等 |  人 |
| 業務概要 |  |

* 添付書類（各１部）
1. 貸借対照表（令和4年度1年分）
2. 損益計算書（令和４年度1年分）
3. 納税証明書（令和４年度 1年分、発行から3カ月以内のもの）

【様式５】

事業実績書

|  |  |
| --- | --- |
| 会　社　名 |  |

病院内でのコンビニエンスストア運営事業の実績（R1年度からR5年度まで）について、次のとおり資料を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　床 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ２ | 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　床 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ３ | 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　床 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| ４ | 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　床 |
| 事業期間 | 　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| ５ | 病院名 |  |
| 病院所在地 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　床 |
| 事業期間 | 　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |

※　**上記に記載された病院との契約書もしくは行政財産使用許可等の写しを添付してください。**（当事者双方の名称、事業期間、業務内容がわかるもの。契約金額等は非表示（マスキング等）として差し支えありません。**添付書類がない場合は、実績として認めません。**

【様式６】

　　行政財産許可使用料（提案金額）

豊中市病院事業管理者

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

件名

　　　　　　　　**市立豊中病院コンビニエンスストア運営事業に係る**

**行政財産許可使用料　（月額税込）（光熱水費は含まない）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

【様式７】

|  |
| --- |
| 取り扱い商品について |
|  |

【様式８】

|  |
| --- |
| 体制・苦情要望・危機管理について |
|  |

【様式９】

|  |
| --- |
| 身体が不自由な方や車椅子利用者への配慮について　 |
|  |

【様式１０】

|  |
| --- |
| 衛生管理や廃棄物処理について |
|  |

【様式１１】

|  |
| --- |
| 福祉団体との協働運営について |
|  |

【様式１２】

|  |
| --- |
| 自由提案 |
|  |

【様式１３】

市立豊中病院コンビニエンスストア運営事業

年　　月　　日

豊中市病院事業管理者

　　　所　在　地

　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

募集開始日から過去3年以内の処分歴について、下記のとおり事実と相違ないことを誓約します。

□　処分歴なし

□　入札参加停止又は入札参加除外措置を受けた

□　契約解除を受けた

□　書面での警告を受けた