軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定

に係るプロポーザル入札様式集

平成３０年１１月

社会福祉法人　白　雪　会

（様式第１号）

プロポーザル参加資格等確認申請書

平成 　　年 　　月 　日

社会福祉法人　白雪会

理事長　鳥越　浩　様

商号又は名称

所　在　地

代表者職氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　印

軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定に係るプロポーザル入札に参加したいので、下記書類を添えて、参加資格の確認申請をします。

なお、添付書類の記載内容については、事実に相違ありません。

記

１　添付書類

（１）プロポーザル参加資格等確認資料（様式第２号）

①誓約書

　　　　②会社概要

　（２）パンフッレット

　（３）参考見積書

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当部署名 |  |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| F A X 番 号 |  |
| Ｅ － ｍ ａ ｉ ｌ |  |

（様式第２号）プロポーザル参加資格等確認資料

誓　約　書

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人　白雪会

理事長　鳥越　浩　様

商号又は名称

　 所　在　地

　 代表者職氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　 印

|  |  |
| --- | --- |
| 資格確認事項 | 確認欄 |
| (１)地方自治法施行令第１６７条の４の規定に該当しない者であること。 | 該当しない　　　　該当する |
| (２)公告日から落札決定までの期間に、地方公共団体の入札参加停止措置を受けていない者であること。 | 該当しない　　　　該当する |
| (３)地方公共団体の契約に係る暴力団排除措置要綱に基づく入札参加除外等の措置を受けていない者及び地方公共団体の契約に係る入札資格停止中でない者であること。 | 該当しない　　　　該当する |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　確認欄の該当項目を〇で囲んでください。

２．会社概要

（１）　本社・本店

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名(職・氏名) |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

（２）　業務実施支店・営業所 (本社・本店が業務実施の場合は、同上と記載)

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名(職・氏名) |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

（３）　給食委託業務開始年月日

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

（４）　給食委託業務を担当している部門の規模（平成３０年１１月１日現在）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 正規社員 |
| 全従業員数 | 人 |
| 給食委託業務を担当している部門の従業員数 | 人 |
| 管理栄養士調理師等の有資格者 | 人 |

（５）　前年度の財務状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年 |  |  |  |
| 資本金（千円） |  |  |  |
| 流動資産（千円） |  |  |  |
| 流動負債（千円） |  |  |  |
| 自己資本比率（％） |  |  |  |
| 売上高（千円） |  |  |  |
| 経常利益（千円） |  |  |  |

※ 比率は小数点以下第１位を四捨五入してください。

（６）　その他（会社概要特記事項など）

（７）他施設(１００床以上)での業務実績

■記載件数及び対象期間：

平成２５年４月１日以降に受託しかつ履行した実績のうち主なもの５件と実績件数を記載すること

（契約期間は平成２５年４月～平成３０年１１月などの契約開始年月～契約完了年月を記載すること）

○主な実績

| № | 契約開始(年月)～終了(年月) | 施設名  （発注機関） | 病床数 | 業務概要 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ～ |  | 床 |  |
| ２ | ～ |  | 床 |  |
| ３ | ～ |  | 床 |  |
| ４ | ～ |  | 床 |  |
| ５ | ～ |  | 床 |  |

（様式第４号）

プロポーザル入札辞退届

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人　白雪会

理事長　鳥越　浩　様

商号又は名称

所　在　地

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定に係るプロポーザルについて、プロポーザル参加資格等確認申請書を提出しましたが、参加を辞退します。

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当部署名 |  |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番 号 |  |
| Ｅ － ｍ ａ ｉ ｌ |  |

（様式第５号）

**入札（見積）書**

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人 白雪会

理事長　鳥越　浩 殿

入札名　　　軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定　に係るプロポーザル入札

納品場所　　社会福祉法人 白雪会 軽費老人ホーム ほんだくらぶ

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

（消費税及び地方消費税を含まない金額）

契約締結に関する法令および規則を守り、入札約款を承諾のうえ入札（見積）します。

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

使　用　印

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**見積内訳**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 金　　　　　　　　　　　　額　　（単位：円） | | | | | | | | | |
| 食材料金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人件費 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業経費 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本社経費 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消費税及び地方 消費税相当額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 見積合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入札・見積金額  （見積合計額の  １０８分の１００） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

○　入札・見積金額は、見積合計額の１０８分の１００に相当する金額を記載して下さい。

○　入札・見積金額と第１回目の入札・見積金額が同一でないときは、入札・見積無効となる場合があります。

○　見積内訳の記載なきものは、入札・見積無効となります。

（様式第６号）

**委任状**

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人 白雪会

理事長　鳥越　浩 殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

使　用　印

　私は下記の者を代理人と定め、下記の入札(見積)に関する一切の権限を委任いたします。

記

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

件　名

（様式第７号）

**契　約　意　思　確　認　書**

入札名　　　軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定

に係るプロポーザル入札

上記の件について、貴法人より受けた平成　　年　　月　　日付決定通知について、契約の意思があることをお伝え申し上げます。

平成　　年　　月　　日

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

使　用　印

社会福祉法人 白雪会

理事長　鳥越　浩 殿

（様式第８号）

**契　　約　　辞　　退　　書**

入札名　　　軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定

に係るプロポーザル入札

平成　　年　　月　　日付の上記の入札について決定通知を受けましたが、都合により契約を辞退します。

平成　　年　　月　　日

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

使　用　印

社会福祉法人 白雪会

理事長　鳥越　浩 殿

**誓約書**

入札名　軽費老人ホームほんだくらぶ入居者食事業務委託業者選定

に係るプロポーザル入札

場　所

１　上記委託の入札に対し、入札の公正を害するような不正行為をしていないことを誓約いたします。

　２　入札終了後において、根拠ある疑いが生じたときは、貴法人のとる措置に従い、一切の異議を申し立てないことを併せて誓約いたします。

　平成　　年　　月　　日

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

使　用　印

　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

社会福祉法人 白雪会

理事長　鳥越　浩 殿