様式３

整理番号

**公募型プロポーザル参加資格審査申請書**

　長崎県精神医療センターが発注する給食業務委託に係る公募型プロポーザルに参加する資格について、関係書類を添えて審査を申請します。

なお、この申請書及び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。

令和　　　年　　　月　　　日

　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本社 | | | | | 郵便番号 |  |  |  | － |  |  | |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | 所在地 |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 商号又は名称 |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 | 印 | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | Ｅﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | |  |
|  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支社 | | | | | 郵便番号 |  |  |  | － |  |  | |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | 所在地 |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 商号又は名称 |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 | 印 | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | Ｅﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | |  |
|  |  | | | | | |

　　　　（次のいずれかの番号を○で囲むこと。ただし②については複数可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ①消費税及び地方消費税 |  | ②委託業務の種類 |
| １　課税　　２　非課税 | １　給食業務委託 |
|  |
|  | | |

目　　　　　　　　　次

１　誓約書

２　財務関係明細書

３　営業概要書

４　委任状

添　　付　　書　　類

１　法人にあっては、次のア及びイ

ア　登記簿謄本

イ　前事業年度及び前々事業年度の各決算報告書のうち

貸借対照表、損益計算書及び株主資本等変動計算書

　　　　　　　２　個人にあっては、次のア、イ及びウ

ア　本籍地の市町村長が発行する身元（分）証明書

イ　成年後見登記制度における登記事項証明書

又は登記されていないことの証明書

ウ　前年度及び前々年度の確定申告決算書のうち

貸借対照表及び損益計算書

３　県税に関し未納がないことを証する証明書

４　消費税及び地方消費税課税業者にあっては、消費税及び地方消費税の

未納がないことを証する証明書

　　　　　　　 ５　営業に必要な許可、認可等を得たことを証する書類の写し

６　印鑑届（様式４）

７　口座振替申込書（様式５）

　　　　　８　受託実績調査表（様式６）

９　財団法人医療関連サービス振興会の患者等給食業務に関するサービスマーク

の認定を受けていることの確認書類または、医療法施行規則（昭和23年11月5日

厚生省令第50号）第9条の10の基準を満たす者であることの確認書類

10　公益社団法人日本メディカル給食協会の会員であることの確認書類または、

　　　　　　　　　受託業務遂行が困難になった場合の代行保証が確認できるものであることの

確認書類

**１　誓　約　書**

　　　　長崎県病院企業団事業登録業者として資格を取得したうえは、見積等の提出、契約の履行にあたっては

　　　関係諸規則を遵守し、決して不正の行為をなさないことを誓約いたします。

　　　　なお、万一違反不正の行為があった場合において資格取消しの処分を受けても異議はありません。

令和　　　年　　　月　　　日

　　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　印

２　財務関係明細書

　貸　借　対　照　表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日現在　　　単位：千円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資　産　の　部 | | 負　債　の　部 | |
| 流　動　資　産 |  | 流　動　負　債 |  |
| 現金預金 |  | 支払手形 |  |
| 受取手形 |  | 買掛金 |  |
| 売掛金 |  | 未払費用 |  |
| 貸倒引当金 |  | リース債務 |  |
| 有価証券 |  | 賞与引当金 |  |
| 棚卸資産 |  | その他流動負債 |  |
| 未収収益 |  |  |  |
| 繰延税金資産 |  | 固　定　負　債 |  |
| その他の流動資産 |  | 社債・長期借入金 |  |
|  |  | リース債務 |  |
| 固　定　資　産 |  | 退職給付引当金 |  |
| 有形固定資産 |  | その他固定負債 |  |
| 建物・構築物 |  |  |  |
| 機械・運搬具 |  |  |  |
| リース資産 |  |  |  |
| 土　　　地 |  | 純　資　産　の　部 | |
| その他有形固定資産 |  | 株　主　資　本 |  |
|  |  | 資本金 |  |
| 無形固定資産 |  | 資本剰余金 |  |
| ソフトウェア |  | 利益剰余金 |  |
| のれん |  | 繰越利益剰余金 |  |
| その他無形固定資産 |  | 自己株式 |  |
|  |  |  |  |
| 投資その他の資産 |  | 評 価 ・ 換 算 差 額 等 |  |
| 投資有価証券 |  |  |  |
| 破産更生債権等 |  |  |  |
| 貸倒引当金 |  |  |  |
| 繰延税金資産 |  | 新　株　予　約　権 |  |
|  |  |  |  |
| 繰　延　資　産 |  | 純資産の部合計 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 負債・純資産の部合計 |  |

　損　益　計　算　書　　（　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで）　　単位：千円

|  |  |
| --- | --- |
| 営業損益の部 |  |
| （ア）売上高 |  |
| （イ）売上原価 |  |
| （ウ）売上総利益[(ｱ)-(ｲ)] |  |
| （エ）販売費及び一般管理費 |  |
| （オ）営業利益　[(ｳ)-(ｴ)] |  |
| 経常損益の部 |  |
| （カ）営業外収益 |  |
| （キ）営業外費用 |  |
| （ク）経常利益[(ｵ)+((ｶ)-(ｷ))] |  |
| 純損益の部 |  |
| （ケ）特別利益 |  |
| （コ）特別損失 |  |
| （サ）税引前当期純利益[(ｸ)+((ｹ)-(ｺ))] |  |
| （シ）法人税住民税等 |  |
| （ス）法人税等調整額 |  |
| （セ）当期純利益　[(ｻ)-(ｼ)+(ｽ)] |  |

３　営業概要書

（１）前２カ年の損益状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 総売上高（Ａ） | 売上総利益  （売上高－売上原価） | 当期純利益 |
| 前々事業年度 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 前事業年度 | 千円 | 千円 | 千円 |

（注）１　前々事業年度欄は、前々年度の損益計算書に基づいてその実績を記入すること。

２　前事業年度欄は、前年度の損益計算書に基づいてその実績を記入すること。

（２）従業員数（常勤の役員を含む。代表は除く。）　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員数 |  | 技術関係職員 | 事務関係職員 | その他職員 | 合計 |
| 総従業員数 |  |  |  |  |
| 支社等の従業員数 | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） | （　　　　　） |

（注）支社等の従業員数は、支社等に見積書提出の権限を委託する場合に総従業員数の内数として記入すること

（３）前２カ年の純資産の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 純  資  産  額 | 区　　　分 | 資本金 | 繰越  利益剰余金 | その他の  純資産 | 計 |
| 前々事業年度 |  |  |  |  |
| 前事業年度 |  |  |  |  |

　※前事業年度の貸借対照表期末　　　　　　　年　　　月　　　日現在

（注）１　前々事業年度欄は、前々年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

２　前事業年度欄は、前年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

（４）財務比率

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 売上高  当期純利益率 |  | 当期純利益　　　　　　　　　千円 | × 100 ＝　　　　　　　％ |
|  | 売上高　　　　　　　　　千円 |
|  |  | 千円 | × 100 ＝　　　　　　　％ |
|  | 固定負債計＋純資産計　　　　　　　　　　千円 |
|  |  | 千円 | × 100 ＝　　　　　　　％ |
|  | 千円 |

（注）前年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

各金額の千円未満を四捨五入して記入し、比率は小数点以下２位まで計算して２位を四捨五入すること。

（５）営業経歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営　業　年　数    　　　年　　　月 | 創　　業　　年  Ｍ Ｔ Ｓ Ｈ Ｒ 　年 | 現組織への変更  　　　年　　　月 | 現組織へ変更後の年数  　　　　年　　　　月 |

　※年月数は基準日（申請者を提出する日の属する月の初日）の前日までの年月数とする。

|  |
| --- |
| **４　　委　　任　　状**  私は、  商号又は  名　　称  　　　 役 職 名  氏　　名    を代理人と定め、下記権限を委任します。  １　プレゼンテーション・見積・契約締結の件  ２　業務の受託・代金請求・領収の件  委　任　期　間  自　令和　　　年　　　月　　　日  至　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日    　　　　　　　　　 商号又は名称  　　　　　　　　　 印 |

　（注）　委任状は、権限を支社（店）長等に委任する場合のみ記入すること。

様式４

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |

印　鑑　届

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

　弊社（店）が長崎県病院企業団事業との取引上使用する書類には、すべて上記の印鑑を使用いたし

ますので届け出ます。

　　　　　　　　　　　令　和　　　　年　　　　月　　　　日

　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

様式５

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口 座 振 替 申 込 書  　　　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日    　　長崎県病院企業団事業との契約に伴い支払われる代金は、すべて次の口座へ振込により受領したいの  　　で申し込みます。      　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ［預金口座］郵便局以外の金融機関を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 銀行　　　 　　　 支店    　　　　　　　　　　　（　　　　）　 　　　 出張所 | | | | | | | | | | | | | | 預金  種別 | | |  | | | | 預金種別  １：普通  ２：当座  ３：別段 | | | | | |
| 口座番号（右詰で記入） | | | | | | | 口　座  名義人  （漢字） |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ［付記］該当口座がある金融機関が記入する欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 金融機関コード | | | | | | | 口座名義人  （カタカナ） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり証明いたします。  令和 年　　月　　日  　　　　　　　所在地  　　　　　　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式６

令和　　年　　月　　日

受　託　実　績　調　査　表

　　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　病院における給食材料の調達及び献立表の作成を含む患者給食業務の受託実績について、下記のとおり報告します。

　下記については、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病院名 | 所在県名 | 病床数 | 食数/日 | 業務期間 | 備　　考 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

　　（注）参加資格要件を満たす現在受託中のもので、大村市に近い病院から記載すること。

（１０件まで）

　　　　　なお、現在参加資格要件を満たすものがない場合は過去の実績で可。

　　　　　食数は（朝食＋昼食＋夕食）÷３で算定することとし、直近１ヶ月程度の概数で可。

　備考欄には、病院の特長を簡略に記載のこと。（例：総合病院、精神科病院等）

様式７

**資格審査結果通知書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

　　　商号又は名称

　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　　　印

　　　さきに提出されました公募型プロポーザル参加資格審査申請書に基づき、貴社（所、店）の参加資格を

下記のとおり資格がある

　　審査した結果、　　　　　　　　　　　　　ものと決定しました。

　　　　　　　　　　　資　格　が　な　い

記

　　　１　登録番号

　　　２　登録年月日

　　　３　登録品目（業種）

　　　４　有効期間

様式８

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |

**資格審査申請事項変更届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　月　　　日

　長崎県精神医療センター院長 大塚　俊弘　　様

所在地

TEL/FAX

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　公募型プロポーザル参加資格審査申請書の記載事項について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項及び  変更年月日 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

　　（注）　変更事項の内容に対する証明書類を添付すること。