（様式１）

番　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

公立置賜総合病院患者給食業務公募型プロポーザル参加意向申出書

このことについて下記の書類を添えて申出ます。

記

（添付書類）

１　患者給食業務の受託実績書（様式１－２）

２　法人概要書（様式１－３）

３　納税証明書（「法人税」「消費税及び地方消費税」「法人県民税」「法人事業税」）

４　決算書の写し（直近２年のもの）

５　公益社団法人日本メディカル給食協会会員と患者給食業務代行保証が確認できるもの

６　医療関連サービスマーク認定証の写し

７　損害賠償責任保険の加入証の写し

８　暴力団排除に関する誓約書（様式１－４）

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

電話番号 　-　　　-

ＦＡＸ番号 　-　　　-

（様式１－２）

患者給食業務の受託実績書

会社名

患者給食業務受託状況（令和７年３月31日現在）

１　主な受託先病院（病床数の多い順）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 病院名（受託期間） | 所在地（市町村名） | 病床数 | 備　考 |
| 1 | (H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 2 | (H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 3 | (H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 4 | (H･R 　. ～R . ) |  |  |  |
| 5 | (H･R 　. ～R . ) |  |  |  |

※　患者給食業務（献立作成、食材管理、食数管理、調理・盛付）の全てを受託しているものを記載してください。

　　※　上記に記載された病院との委託契約書の写しを添付してください（契約当事者双方の名称、委託期間、業務内容が分かる部分の抜粋で結構です）。

　　※　受託開始時期を備考に記載してください。

（様式１－３）

法　人　概　要　書

会社名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 内　　　　　　　　　容 | | | | | |
| 本　　社 | 所在地  電話番号  代表者　職・氏名 | | | | | |
| 最寄りの営業所等 | 所在地  電話番号  代表者職名・氏名 | | | | | |
| 本件を担当する連絡責任者 | 所属　　　　　　　　　　　　役職  氏名　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | |
| 会社設立年月日 | 年　　　月　　　日設立 | | | | | |
| 資本金 |  | | | | | |
| 事業内容 |  | | | | | |
| 置賜広域病院企業団構成団体への競争入札参加資格登録状況 | 団体名 | 山形県 | 長井市 | 南陽市 | 川西町 | 飯豊町 |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |
| ※登録している団体の所に番号を記入してください。 | | | | | |
| その他（会社沿革等の概略） |  | | | | | |

※必要に応じ適宜パンフレットを添付すること

（様式１－４）

暴力団排除に関する誓約書

当社は、

１　下記のいずれも該当しません。将来においても該当することのないことを誓約します。

２　置賜広域病院企業団（以下「企業団」という。）との契約事案について、下記に該当する者であることを知りながら原材料及び物品の購入契約並びにその他の契約を締結することはありません。

３　下記の該当の有無を確認するために、役員名簿等の提出を求められたときは速やかに提出します。また、当該役員名簿等に記載された情報等が山形県警察本部に提供されることについて同意します。

４　暴力団の不当な要求に応じません。また、企業団との契約事案について不当な要求を受けたときは、ただちに警察署へ通報（「110番通報等」）するとともに、企業団に報告します。

５　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が入札参加資格の制限等の不利益を被ることとなっても異議は一切申し立てません。

記

〇　役員等（個人である場合にはその者を、法人である場合には役員又は支店若しくは契約を締結する事務所の代表者をいう。以下同じ。）が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６号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴力団員でなくなった日から５年経過しない者（以下「暴力団員等」という。）であること。

〇　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等が経営に実質的に関与していること。

〇　役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用する等していること。

〇　役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金等を供給し、又は便宜を供与する等直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していること。

〇　役員等が、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していること。

〇　個人である場合は、指定暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第９条に規定する指定暴力団員をいう。）と生計を一にする配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）であること。

　置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

　　令和　　年　　月　　日

　　住所又は所在地

　　商号又は名称

　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（様式２）

番　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　様

　　　　　　　　　　置賜広域病院企業団

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　企業長　渡　邊　丈　洋

置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル参加資格確認通知書

記

１　確認結果

①プロポーザル参加資格を有することを認めます。

②次の理由により、プロポーザル参加資格を有することを認められません。

　理由：○○のため

【連絡担当者】

（担当者名）

（電話番号）

（ＦＡＸ番号）

（様式３）

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル企画提案書

このことについて下記の書類を添えて提出します。

記

①　患者給食業務の基本的な考え方（様式３－２）

②　業務運営体制について（様式３－３）

③　従事者の育成について（様式３－４）

④　患者満足度の向上について（献立管理等）（様式３－５）

⑤　安全衛生管理体制について（様式３－６）

⑥　危機管理体制について（様式３－７）

⑦　独自の提案事項について（様式３－８）

⑧　委託料見積りについて（様式４、４－２）

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

電話番号 　-　　　-

ＦＡＸ番号 　-　　　-

（様式３－２）

|  |
| --- |
| １　病院における患者給食業務の基本的な考え方 |
| ①　治療食としての患者給食に対する基本的な業務運営方針  ②　食材確保について（品質、安全性、安定性の確保）  ③　食物アレルギーの具体的な対応について  ④　喫食不良等（リハビリテーション期、嚥下困難、咀嚼困難、ターミナル期、その他）への対応について |
| （様式３－３） |
| ２　業務運営体制について |
| ①　受託に向けた諸準備、移行計画について  ②　従事者の確保及び定着に関する考え方  ③　有資格者等適正な人員の配置構成、配置人員及び１日に勤務する従事者について  ④　新調理システム導入に対する考え方、対応方法及び見通し |

（様式３－４）

|  |
| --- |
| ３　従事者の育成について |
| ①　従事者の教育・研修に関する基本的な考え方  ②　業務マニュアル（安全衛生及び調理等）の整備と従事者に対する教育・研修計画について |

（様式３－５）

|  |
| --- |
| ４　患者満足度の向上について（献立管理等） |
| ①　委託業務に関する患者への諸調査と結果の活用について  ②　季節感を考慮することや嗜好にも配慮した献立作成について  ③　祝日及び季節行事等における行事食の提供について  ④　患者からの食事のクレームに対する分析と対処  ⑤　医師の指示による特別な栄養基準、形態等の対応  ⑥　ゼリー食及びミキサー食等、食品の原型をとどめない、見た目に判別がつきにくい食事への対応について |

（様式３－６）

|  |
| --- |
| ５　安全衛生管理体制について |
| ①　安全衛生管理に対する取組方針  ②　従事者の健康管理及び感染症罹患時の対応について  ③　異物混入等インシデント防止対策と発生時の対応について  ④　過去３年以内の食中毒事故の有無と、「有」の場合、その状況と対応について |

（様式３－７）

|  |
| --- |
| ６　危機管理体制について |
| ①　緊急時の対応・連絡体制について  ②　食中毒の予防や食品事故の防止についての取組みと発生時の対応について  ③　地震等、非常時における患者食の確保について |

（様式３－８）

|  |
| --- |
| ７　独自の提案事項について |
|  |

（様式４）

　　置賜広域病院企業団

　企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

住　　　　所

商号又は名称

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　　　印

見　　積　　書

「置賜広域病院企業団患者給食業務」委託について下記のとおり見積ります。

記

見積金額　　金　　　　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

（様式４－２－１）

◆公立置賜総合病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位；円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | | 金額及び算定根拠等 | | |
| 運営管理費 |  | 月　　額 | 年　　額 | 備　考 |
| 人件費 | 円（　　人） |  |  |
| 保健衛生費 |  |  |  |
| 通信費 |  |  |  |
| 消耗品費 |  |  |  |
| 事務用品費 |  |  |  |
| 保険料 |  |  |  |
| 諸経費 |  |  |  |
| 小　計 ① |  |  |  |
| 食材料費 |  | １食分 | 年　　額 |  |
| 朝食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 昼食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 夕食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 小　計　② |  |  |  |
| 合　　計（ ① + ② ） | |  |  |  |

※食数については、現場説明会でお知らせします。

（様式４－２－２）

◆公立置賜長井病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位；円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |
| 運営管理費 |  | 月　　額 | 年　　額 | 備　考 |
| 人件費 | 円（　　人） |  |  |
| 保健衛生費 |  |  |  |
| 通信費 |  |  |  |
| 消耗品費 |  |  |  |
| 事務用品費 |  |  |  |
| 保険料 |  |  |  |
| 諸経費 |  |  |  |
| 適温配膳車配置経費 |  |  |  |
| 小　計 ① |  |  |  |
| 食材料費 |  | １食分 | 年　　額 |  |
| 朝食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 昼食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 夕食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 小　計　② |  |  |  |
| 合　　計（ ① + ② ） | |  |  |  |

※食数については、現場説明会でお知らせします。

（様式４－２－３）

◆公立置賜南陽病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位；円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | | 金額及び算定根拠等 | | |
| 運営管理費 |  | 月　　額 | 年　　額 | 備　考 |
| 人件費 | 円（　　人） |  |  |
| 保健衛生費 |  |  |  |
| 通信費 |  |  |  |
| 消耗品費 |  |  |  |
| 事務用品費 |  |  |  |
| 保険料 |  |  |  |
| 諸経費 |  |  |  |
| 適温配膳車配置経費 |  |  |  |
| 小　計 ① |  |  |  |
| 食材料費 |  | １食分 | 年　　額 |  |
| 朝食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 昼食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 夕食 |  |  | 食数 〇〇〇食／日 |
| 小　計　② |  |  |  |
| 合　　計（ ① + ② ） | |  |  |  |

※食数については、現場説明会でお知らせします。

（様式５）

企画提案辞退届出書

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団

企業長　渡　邊　丈　洋　　殿

　令和７年　　　月　　日付けにて参加申出した「置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル」に係る企画提案については、下記の理由により、これを辞退したく届出いたします。

住　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

<辞退理由>

（様式６）

質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

置賜広域病院企業団　企業長　　殿

住所

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名 　　　　　　　　　　印

「置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル」について、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　　　　　　【連絡担当者】

　　　　　　　部署

　　　　　　　氏名

　　　　　　　電話

　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　E－mail

（様式７）

番　　　　　　　号

令和　年 　月　 日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　置賜広域病院企業団

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　企業長　渡　邊　丈　洋

結　果　通　知　書

　貴社から提出のあった「置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル」の企画提案について、審査結果を次のとおり通知します。

記

〇　結　　果

【連絡担当者】

（担当者名）

（電話番号）

（ＦＡＸ番号）