（様式１）

令和　　年　　月　　日

　山形県立中央病院長　　殿

所在地

商号または名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

山形県立中央病院患者給食業務部分委託プロポーザル参加資格確認申請書

　このことについて、下記の資料を添えて申請します。

　なお、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。

記

　１　参加要件に係る申立書（様式１－２）

　２　法人の概要（様式１－３）

　３　令和７年３月31日時点の直近５年以内において、許可病床500床以上の病院（単科の病院を除く）で、当該プロポーザルに付する役務と同種の役務を３年以上継続して履行した受託実績を有する者であることを証する書面（様式１－４）

　４　決算書（直近３期分）

　５　医療法第15条の３第２項及び医療法施行規則第９条の10の基準を満たすものであることを証する書面の写し

　６　受託業務の遂行が困難になった場合、代行保証が確認できる者であることを証する書面の写し

　７　山形県税の納税証明書の写し（県内に事業所等がなく、納付すべき税額がない場合も必須）

　８　消費税及び地方消費税の納税証明書の写し

　９　暴力団排除に関する誓約書（様式１－５）

　10　社会保険・労働保険加入状況一覧（様式１－６）

　　※　７～10については、山形県財務規則（昭和39年３月県規則第９号）第125条第５項の競争入札参加資格者名簿に登載されている場合は提出不要とする。

（様式１－２）

参加要件に係る申立書

(1) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４第１項各号の規定に該当しないこと。

(2) 山形県税（山形県税に附帯する税外収入を含む。）又は消費税を滞納していないこと。

(3) 雇用保険、健康保険、厚生年金保険等の社会保険に加入していること（加入する義務のない者を除く。）。

(4) １年以上引き続き業として当該プロポーザルに付する契約に係る業務を営んでいること。

(5) 山形県競争入札参加資格者指名停止要綱に基づく指名停止措置を受けていないこと。

(6) 次のいずれにも該当しないこと（地方自治法施行令第167条の４第１項第３号に規定する者に該当する者を除く。）。

　ア　役員等（参加者が個人である場合にはその者を、参加者が法人である場合にはその役員又はその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年を経過しない者（以下「暴力団員等」という。）であること。

　イ　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。

　ウ　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つて、暴力団又は暴力団員等を利用する等していること。

　エ　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及び運営に協力し、又は関与していること。

　オ　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。

(7) 委託業務を行うために、法令上必要となる次の基準を満たす者であること。

　　　医療法第15条の３第２項及び医療法施行規則第９条の10の基準

(8) 令和７年３月31日時点の直近５年以内において、許可病床数500床以上の病院（単科の病院を除く）で、当該プロポーザルに付する役務と同種の役務を３年以上継続して履行した受託実績を有する者であることを証明できること。

(9) 受託業務の遂行が困難になった場合は、代行保証が確認できる者であること。

　上記の(1)から(9)のいずれの条件も満たす者であることを申し立てます。

　　令和　　年　　月　　日

所在地

商号または名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　山形県立中央病院長　　殿

（様式１－３）

法　人　の　概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 経歴・沿革 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 | 名 |
| 売上高  （直近年度） |  |
| 本社所在地 | 所在地：  電話番号：  代表者氏名： |
| 事業所数 | 全国：  山形県内： |
| 本件を担当する営業所等 | 所在地：  電話番号：  代表者職名・氏名：  業務実施場所までの所要時間： |
| 事業内容、実績等 |  |

※適宜パンフレット等を添付すること。

（様式１－４）

令和　　年　　月　　日

　山形県立中央病院長　　殿

所在地

商号または名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

病院患者給食業務の受託実績書

　受託実績については下記のとおりです。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 病院名（受託期間） | 所在地  （都道府県及び市町村名） | 病床数 | 備考 |
| １ | (R　　.　　～R　　.　　) |  |  |  |
| ２ | (R　　.　　～R　　.　　) |  |  |  |
| ３ | (R　　.　　～R　　.　　) |  |  |  |
| ４ | (R　　.　　～R　　.　　) |  |  |  |
| ５ | (R　　.　　～R　　.　　) |  |  |  |

※　令和７年３月31日時点の直近５年以内において、許可病床500床以上の病院（単科の病院を除く）で、当該プロポーザルに付する役務と同種の役務を３年以上継続して履行した受託実績を記入すること

※　病床数の多い順に記入すること

（様式１－５）

暴力団排除に関する誓約書

　当社は、

１　下記のいずれにも該当しません。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　山形県立中央病院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下請契約又は関連する契約（資材、原材料及び物品の購入契約並びにその他の契約）を締結することはしません。

３　下記の該当の有無を確認するために、山形県立中央病院から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は応じません。また、山形県立中央病院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、山形県立中央病院に報告します。

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

○　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年を経過しない者（以下「暴力団員等」という。）であること。

○　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。

○　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。

○　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及び運営に協力し、又は関与していること。

○　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。

○　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。

　　令和　　年　　月　　日

所在地

商号または名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　山形県立中央病院長　　殿

（様式１－６）

社会保険・労働保険加入状況一覧表

商号又は名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定保険の種類 | | 加入状況及び加入義務なしの該当理由 |
| 社　会　保　険 | 健康保険 | □　加入  □　未加入（参加資格を有しません。）  □　加入義務無し  →　該当理由  　　□　個人事業主で、労働者５人未満のため  　　□　個人事業主で、加入義務がない業種のため（業種：　　　　　）  　　□　その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 厚生年金保険 | □　加入  □　未加入（参加資格を有しません。）  □　加入義務無し  →　該当理由  　　□　個人事業主で、労働者５人未満のため  　　□　個人事業主で、加入義務がない業種のため（業種：　　　　　）  　　□　その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 労　働　保　険 | 雇用保険 | □　加入  □　未加入（参加資格を有しません。）  □　加入義務無し  →　該当理由  　　□　被保険者となる従業員がいないため（代表及び役員のみ、同居する親族のみで経営等）  　　□　個人事業主で、労働者５人未満であり、加入義務のない業種のため（業種：　　　　　）  　　□　その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 労働者災害保険 | □　加入  □　未加入（参加資格を有しません。）  □　加入義務無し  　→　該当理由  　　　□　被保険者となる従業員がいないため（代表及び役員のみ、同居する親族のみで経営等）  　　　□　個人事業主で、労働者５人未満であり、加入義務のない業種のため（業種：　　　　　）  　　　□　その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※「□　加入義務無し」に✔を付した場合は、加入義務無しの理由について、いずれか該当するものに✔を付し、必要に応じて業種や理由を明記すること

※　社会保険（健康保険・厚生年金保険）の加入状況が確認できる書類の写しを添付すること

　（健康保険と厚生年金保険の加入状況が異なる場合は、各々における添付書類を提出すること）

【例】

　・　納入告知書（納付書・領収証書）

　・　保険料納入告知額・領収済額通知書

　・　社会保険料納入確認書

　・　健康保険組合からの納入告知書・領収証書

　　（それぞれ申請時の最も近い時期に納付したもの）

※　労働保険（雇用保険・労働者災害補償保険）の加入状況が確認できる書類の写しを添付すること

【例】

　・　概算・増加概算・確定保険料申告書（事業主控）

　・　労働保険事務組合からの労働保険料等納入通知書

　　（それぞれ申請時の最も近い時期に納付したもの）

（様式２）

令和　　年　　月　　日

　山形県立中央病院長　殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名

山形県立中央病院患者給食業務部分委託プロポーザル質問書

　このことについて、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【連絡担当者】

所属

氏名

電話

FAX

（様式３）

令和　　年　　月　　日

　山形県立中央病院長　殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名

山形県立中央病院患者給食業務部分委託プロポーザル企画提案書

　このことについて、下記の内容を記載して提出します。

記

　　１　総括的事項

　　２　患者給食業務の基本的な考え方

　　３　業務運営体制

　　４　従事者の育成

　　５　患者満足度の向上

　　６　安全衛生管理体制

　　７　危機管理体制

　　８　委託料見積書（様式３－１）

（様式３－１）

山形県立中央病院長　殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名

委託料見積書

「山形県立中央病院患者給食業務部分委託」について、別記のとおり見積もります。

別記

**令和８年度 管理運営費**

見積金額　金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 金額及び算定根拠等 | | |
| 年額管理運営費 |  | 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 |  |  |  |
| クリーニング費 |  |  |  |
| 保険料 |  |  |  |
| 諸経費 |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

※見積にあたっての留意事項

委託料の支払いは毎月払いとし、管理運営費及び食材料費の合算とする。

別記

**令和９年度 管理運営費**

見積金額　金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 金額及び算定根拠等 | | |
| 年額管理運営費 |  | 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 |  |  |  |
| クリーニング費 |  |  |  |
| 保険料 |  |  |  |
| 諸経費 |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

※見積にあたっての留意事項

委託料の支払いは毎月払いとし、管理運営費及び食材料費の合算とする。

別記

**令和10年度 管理運営費**

見積金額　金　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 金額及び算定根拠等 | | |
| 年額管理運営費 |  | 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 |  |  |  |
| クリーニング費 |  |  |  |
| 保険料 |  |  |  |
| 諸経費 |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

※見積にあたっての留意事項

委託料の支払いは毎月払いとし、管理運営費及び食材料費の合算とする。

別記

**食材料費**

見積金額　金　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を除く。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食材料費 | １食あたり | 年　額 | 備　考 |
|  |  |  |

　　※見積にあたっての留意事項

　　　食材料費は、１食あたりの単価に予定食数（360,000食）を乗じた額とする。

（様式４）

令和　　年　　月　　日

　山形県立中央病院長　殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名

山形県立中央病院患者給食業務部分委託プロポーザル企画提案辞退届

　令和　　年　　月　　日付けで参加確認通知をいただいた標記プロポーザルにかかる企画提案については、これを辞退したく届出ます。