赤穂市民病院自動販売機運営事業者選定に係る公募型プロポーザル　（様式）

令和６年１１月

赤穂市民病院総務課

様式第１号

令和　　年　　月　　日

参　加　申　込　書

赤穂市病院事業

管理者　高原　秀典　宛

（申請者）所　 在 地

称号又は名称

　　　　　　　　　 代表者氏名 印

　下記事業の業者選定に係る公募型プロポーザルに参加を希望しますので必要書類を添えて申し込みます。

１．事 業 名　　　赤穂市民病院自動販売機運営事業

２．事業期間　　　令和７年４月１日から令和１２年３月３１日まで

３．担当者及び連絡先

　　所属・職名

　　担当者氏名

　　　送付先住所

　　　電話番号

　　　ＦＡＸ番号

　　　電子メール

様式第２号

令和　　年　　月　　日

誓　約　書

赤穂市病院事業

管理者　高原　秀典　宛

所　 在 地

称号又は名称

　　　　　　　　　 代表者氏名 印

　赤穂市民病院自動販売機運営事業者選定に係る公募型プロポーザル参加にあたり、次の事項について制約します。

　なお、誓約事項に違反した場合は、速やかに書面により報告するとともに、本件プロポーザルを辞退し、提案書の無効又は優先交渉権者決定の取り消しとなることについて、一切の異議申し立てを行いません。

誓約事項

　１　国民及び地方税の滞納はありません。

　２　優先交渉権者に選定された場合、速やかに下記書類を提出します。

⑴　法人市民税の直近２ヶ年度分の納税証明書又は非課税若しくは免除等を受けていることの証明書類。

⑵　固定資産税の直近２ヶ年度分の納税証明書又は非課税若しくは免除等を受けていることの証明書類。

様式第３号

　　令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

赤穂市病院事業

管理者　高原　秀典　宛

所　 在 地

称号又は名称

　　　　　　　　　 代表者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　担当者　部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

赤穂市民病院自動販売機運営事業者選定に係る公募型プロポーザル実施要領等について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 質　　問　　内　　容 |
|  |  |

様式第４号

　　令和　　年　　月　　日

提　　案　　書

＜赤穂市民病院自動販売機運営事業＞

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 提案内容 |
| (1) 売上手数料率 | 　　　　　　％　（整数とする） |
| (2) 業務経歴、経営状況 | ・業務経歴 |
| ・財務諸表について |
| (3) 業務体制 | ・設置機器の保守、商品の補充及び容器回収等に係る業務体制について |
| ・機器の故障、問い合わせ及び苦情等への対応について |
| (4) 取扱商品 |  |
| (5) 自動販売機の機能、デザイン等 | ・環境への配慮について |
| ・ユニバーサルデザインへの配慮のについて |
| ・自動販売機の機能について |
| (6)独自提案【任意提案】 |  |

* 記載欄は、適宜拡大してください。