

(第1号様式)

一次書類選考参加申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人中津市社会福祉協議会

会長 白井辰彦 あて

提出者 (所在地)
(商号又は名称)

(代表者氏名)

印

「調理業務委託事業者選定プロポーザル」について、関係書類を添えて申請します。
なお、記載内容については、事実と相違ないことを誓約します。

	① 中津市特別養護老人ホームやすらぎ荘調理業務
	② 養護老人ホーム中津市豊寿園調理業務

※申請する業務に○印

※2業務の同時申し込み可能

【担当者連絡先】

部署名	
担当者① (フリガナ) 職・氏名	
担当者② (フリガナ) 職・氏名	
電話番号	
FAX番号	
Eメールアドレス	

(第2号様式)

会 社 概 要

1	商号又は会社名	
2	代表者（フリガナ）	
3	所在地	
4	電話番号	
5	FAX番号	
6	ホームページURL	
7	設立年月日	
8	資本金	
9	従業員数	
10	取引銀行	
11	業務内容	
12	事業資格・登録・免許	
13	本業務に従事する事業所	(事業所名) (代表者) (所在地)

(第2号様式の1)

九州内拠点一覧表

1	(事業所)
	(所在地)
2	(事業所)
	(所在地)
3	(事業所)
	(所在地)
4	(事業所)
	(所在地)
5	(事業所)
	(所在地)
6	(事業所)
	(所在地)
7	(事業所)
	(所在地)
8	(事業所)
	(所在地)
9	(事業所)
	(所在地)
10	(事業所)
	(所在地)

(令和5年8月1日現在)

(第2号様式の2)

会社経営状況

売上高	年度	
	年度	
	年度	
流動比率	年度	
	年度	
	年度	
経常利益率	年度	
	年度	
	年度	
自己資本金	年度	
	年度	
	年度	

(令和5年8月1日現在)

*直近3か年度の記録を記載のこと。

(第3号様式)

施設調理業務実績一覧表

	業務期間	施設名	定員	区分	業務内容
1	年 月～ 年 月				
2	年 月～ 年 月				
3	年 月～ 年 月				
4	年 月～ 年 月				
5	年 月～ 年 月				
6	年 月～ 年 月				
7	年 月～ 年 月				
8	年 月～ 年 月				
9	年 月～ 年 月				
10	年 月～ 年 月				

(注) 1 区分は、「公的機関」、「医療法人」、「社会福祉法人」、「会社」等を記載のこと。

(注) 2 実績が多数ある場合は本施設近郊の10か所まで記載のこと。

(第4号様式)

受託責任者の業務実績

氏名	年齢		経験年数	
	歳	年	年	年
資格等				
	※資格者証等のコピーを添付のこと			
実績	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
	施設名		業務期間	年 月～ 年 月
備考				

- 注 1. 受託した場合の現場の責任者（受託責任者）は、予定者の記載で可とする。
2. 令和5年8月1日現在の年齢と実務経験年数について記載のこと。

(第5号様式)

会社の業務における基本理念等

(第6号様式)

事故歴一覧表

	委託者	発生日	事故概要	事故処理の経過
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- 注 1. 令和5年8月1日から過去2年間の保健所に届け出た事故履歴を全て記載のこと。
2. 該当がない場合は、「該当なし」と記載のこと。

(第7号様式)

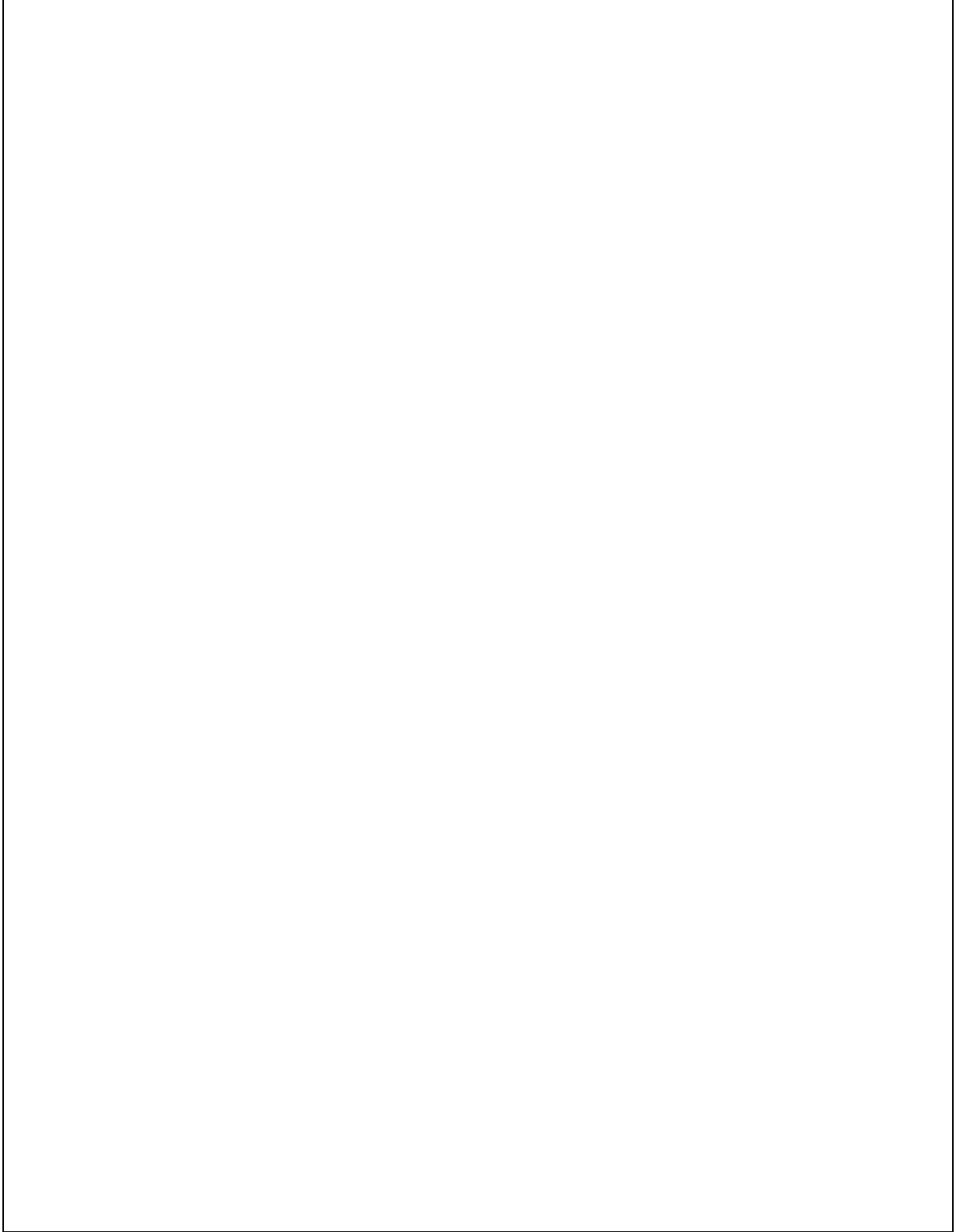
保健所立入検査一覧表

	立入検査日	立入理由及び立入検査後の経過
1		
2		
3		
4		
5		
6		

- 注
1. 今回の申請業務に関わらず、会社全体としての内容を記載のこと。
 2. 令和5年8月1日から過去2年間について記載のこと。
 3. 立入検査日が複数にわたる場合は、期間を記載のこと。
 4. 該当がない場合は、「該当なし」と記載のこと。

(第8号様式)

一次書類選考提案書

A large empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the title. It is intended for the applicant to write their proposal for the first round of document selection.

(第9号様式の1)

調理業務職員配置計画

作業内容	延べ作業時間 (h)	配置予定職種	常勤	非常勤	パート
一連事務					
下処理					
一般食調理					
特別食調理					
個別・特殊調理					
盛り付け					
配膳					
下膳					
残食処理					
食器洗浄					
その他					

注 1. 今回の業務について、各作業の延べ作業時間（1日当たり）と配置予定の職種・勤務形態（複数回答可、該当する形態には○印をつける）について記載すること。

(第10号様式)

質 疑 書

質疑日：令和 年 月 日

質問者：法人名

担当者

連絡先：住 所

電話番号 () ー

No.	質疑事項
1	
2	
3	
4	
5	