（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）　　　　　　　　　　　　　　㊞

「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ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

（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 | | 歳 | | 経験年数 | 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

|  |
| --- |
|  |

（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９号様式の２）

予定勤務表

※参考



（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（　　　）　　－

|  |  |
| --- | --- |
| No. | 質疑事項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |