（様式１）

　　令和　　年　　月　　日

半田市長　殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

**仕　様　書　等　交　付　依　頼　書**

半田市立半田病院　新病院　患者利便施設等運営事業に係るプロポーザルへの参加を検討するため、仕様書等の交付を依頼します。

なお、本件に関連して受領した参考資料については、本プロポーザルのための資料としてのみ利用することを誓約します。

担当者　所属

氏名

電話

ＦＡＸ

Mail

（様式２）

　　令和　　年　　月　　日

半田市長　殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

**プロポーザル参加表明書**

次の案件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

事業名：半田市立半田病院　新病院　患者利便施設等運営事業

担当者　所属

氏名

電話

ＦＡＸ

mail

（様式３）

　　令和　　年　　月　　日

半田市長　殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　印

**宣　誓　書**

次に掲げるすべての要件を満たしていることを宣誓します。

(１) 運営業務にあたり、食品衛生法、医療機器販売等に関する関係法令等の規定に基づく許認可等（届出を含む）が必要な場合は、営業開始までに確実に取得できる者であること。

※ 事業者連合体で応募の場合は、構成事業者のうち１者以上が満たしていること。

フランチャイズ方式で応募の場合は、運営する者が満たしていること。

(２) 地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当しない者。

(３) 日本国内に本社、本店又は活動拠点を置いていること。

(４) 国税及び地方税の滞納がないこと。

(５) 会社更生法（平成１４年法律第１５４号）に基づく更生手続き開始の申立て、または民事再生法（平成１１年法律第２２５号）に基づく民事再生手続き開始の申立てがなされている者（手続き開始の決定を受けた者を除く）でないこと。

(６) 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２号に規定する暴力団、同条第６号に規定する暴力団員又はこれらの者と社会的に非難されるべき関係を有する者でないこと。

(７) 県内において、過去３年間において食品衛生法に違反したとして行政処分を受けた者でないこと。

担当者　所属

氏名

電話

ＦＡＸ

mail

（様式４）

**企　業　概　要　、事　業　実　績　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 | □代表企業□構成企業 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 | 役員 |  |
| 正社員 |  |
| パートアルバイト等 |  |
| 実施事業 | □売店　　□付帯施設　　□入院セット　　□自動販売機 |
| 事　業　実　績 |
| 番号 | 病院名 | 実施期間 | 病床数 | 患者利便施設 |
| 売店 | 入院セット | 自動販売機 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※単独一社での提案の場合は、□代表企業　にチェックを入れること。（様式５）

**質　問　書**

令和　　年　　月　　日

（連絡先等）

|  |  |
| --- | --- |
| 会　 社 　名 |  |
| 担　 当　 者 | 所属　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 電 子 メ ー ル |  |
| 電　　　　　話 |  |

半田市立半田病院　新病院　患者利便施設等運営事業に係るプロポーザルにおいて、次の事項について質問します。

（質問事項）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 書類名 | 頁数 | 項番 | 質　問　内　容 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |

※項目欄には質問対象の書類名 （実施要領・仕様書・様式等） 及び頁数、項番等を記載してください。

※１項目１欄を使用して、欄が不足するときは複写などで追加してください。

※質問は必ず下記電子メールにてお願いします。

電子メール：byouin@city.handa.lg.jp

（様式６）

　　令和　　年　　月　　日

半田市長　殿

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　印

**提　案　書　等　提　出　書　類**

半田市立半田病院　新病院　患者利便施設等運営事業について、提案書等を提出します。

なお、添付資料の内容については、事実に相違ないことを誓約します。

担当者　所属

氏名

電話

ＦＡＸ

 mail