

(様式1)

令和 年 月 日

参加申込書

田村市長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

下記業務に係る公募型プロポーザルについて、以下の事項を含めプロポーザル実施要領に定める参加資格要件を満たすことを確認した上、必要書類を添えて、参加を申請します。

なお、本書及び添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約いたします。参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

- 1 業務名 田村市保健福祉厨房施設運営業務
- 2 提出書類 (1) 参加資格要件確認書(様式2)
(2) 商業登記簿謄本(発行3か月以内のもの、写し可)
(3) 納税証明書等の写し(未納がない者の証明)
- 3 担当者 (1) 部署名
(2) 職氏名
(3) 連絡先 (電 話)
(ファックス)
(電子メール)

(様式2)

令和 年 月 日

参加資格要件確認書

田村市長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(□欄にチェックを記入すること)

資格要件	該当チェック
(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項の規定に該当しないこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2) 田村市暴力団排除条例(平成24年田村市条例第3号)第2条第1号、第2号及び第3号に掲げる者でないこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3) 田村市の締結する契約等からの暴力団等排除措置要綱(平成20年田村市告示第140号)に該当しないこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4) 会社更生法(平成14年法律第154号)に基づく更生手続開始の申立又は民事再生法(平成11年法律第225号)に基づく再生手続開始若しくは再生手続開始の申立がなされていないこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5) 国税及び地方税を滞納している者でないこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(6) 次の①から④の全てを満たす者であること。 ①県内に本店、主たる事務所又は活動拠点を有する法人。 ②過去3年以内に食品衛生法の営業停止処分を受けていないこと。 ③過去3年以内にセントラルキッチン ^{※1} の運営実績があること。 ④過去3年以内に地方公共団体から受託した食育活動の実績があること。 ※1 用途の異なる複数の施設に提供する飲食物を一カ所の調理施設でまとめて調理・加工し、各施設へ配食する調理施設(本業務におけるセントラルキッチンには、学校給食センターは含まないものとする。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(様式3)

法人概要書

1 法人情報

本社 (本店)	商号又は名称			
	所在地			
	代表者職・氏名			
	電話番号		FAX 番号	
業務担当 営業所等 ※1	営業所等名称			
	所在地			
	所長等職名・氏名			
	電話番号		FAX 番号	

※1 業務を本社で担当する場合は、記入不要

2 会社組織体制

--

3 従業員について

	全体	うちパート社員
従業員数	人	人
うち関連業務部門	人	人

	資格名	人数
有資格者数		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人

※ 本業務に関連すると考えられる資格及び人数を優先して記載

4 会社の沿革

--

※ 「2会社組織体制」「4会社の沿革」は、別紙に記載又は関連資料の添付でも可

(様式4)

業 務 実 績 調 書

①過去3年以内にセントラルキッチン ^{※1} の運営実績（上限5件）			
【添付資料】運営実績を証明できるもの			
※1 用途の異なる複数の施設に提供する飲食物を一カ所の調理施設でまとめて調理・加工し、各施設へ配食する調理施設（本業務におけるセントラルキッチンには、学校給食センターは含まないものとする。）			
No.	施設名	提供施設数	提供食数

②過去3年以内に地方公共団体から受託した食育活動の実績があること。（上限5件）				
【添付書類】契約書写し				
No.	市町村名	実施施設	実施内容	実施回数

※本様式によらず、別紙に記載又は関係資料を添付でも可

(様式5)

令和 年 月 日

企 画 提 案 書

田村市長 宛て

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

田村市保健福祉厨房施設運営者選定に係るプロポーザルについて、企画提案に係る書類を提出します。

【担当者連絡先】

部署名	
職氏名	
電話番号	
FAX 番号	
電子メール	

(様式6)

令和 年 月 日

質 問 書

田村市長 宛て

田村市保健福祉厨房施設運営者選定に係る公募型プロポーザルについて、次の項目を質問します。

No.	資料名	頁	質問内容
1			
2			
3			
4			
5			

※記入欄が不足する場合は、適宜行又は用紙を追加して提出すること。

商号又は名称	
部署及び担当者名	
連絡先	(電 話) (ファックス) (電子メール)