

(様式第1号)

公募型プロポーザル参加申込書

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院
院長 竹島 史直 様

所在地
商号又は名称
代表者名

印

公告に基づき、長崎県五島中央病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加を申込みます。

なお、今回参加を申込み担当者は下記のとおりです。

記

- 1 担当事業所
- 2 所属部署名
- 3 担当者名
- 4 電話番号
- 5 F A X 番号

(注) 複数名の記載でも可。

(様式第2号)

誓 約 書

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院
院長 竹島 史直 様

所 在 地
商号又は名称
代 表 者 名

印

下記の事項について制約致します。

なお、虚偽の事実が発覚した場合には、長崎県五島中央病院が行う一切の措置について、異議申し立てを行いません。

記

1. 過去5年以内に病院での売店運営実績を有します。
2. 地方自治法施行令第167条の4の規定に該当しない者です。
3. 営業に関する許可、認可等を得ています。
4. 安全かつ魅力的に実施する運営能力や信頼性を有します。
5. 事業者の負担すべき経費について、負担能力を有します。
6. 事業税等の滞納はありません。
7. 提出書類には虚偽の事実を記載しておりません。
8. 長崎県が行う各種契約からの暴力団等排除要綱に基づき排除措置を受けていない者です。

公募型プロポーザル参加資格審査申請書

長崎県五島中央病院売店運営公募型プロポーザルに参加する資格について、関係書類を添えて審査を申請します。

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院 院長 竹島 史直 様

商号又は名称

代表者氏名

印

1. 件名 長崎県五島中央病院売店運営

2. 会社概要

(1) 本社

郵便番号				-				
所在地								
フリガナ 商号又は名称								
フリガナ 代表者職氏名								
電話番号				Eメールアドレス				
FAX番号								

(2) 担当支社

郵便番号				-				
所在地								
フリガナ 商号又は名称								
フリガナ 代表者職氏名								
電話番号				Eメールアドレス				
FAX番号								

(3) 支店・営業所数

支店数	
営業所数	

(4) 従業員数（常勤の役員を含む。代表は除く。）

従業員数		技術関係職員 人	事務関係職員 人	その他職員 人	合計 人
	総従業員数				
	支社等の従業員数				

(5) 当院を担当する支店・営業所の従業員数

職種	人数	備考
総数		

(6) 技術関係職員の職種別内訳

職種別	人数		資格等の内容
	総数	支社等	
		()	
		()	
		()	
		()	
		()	
		()	
		()	

(注) 支社等の従業員数は支社等に入札の権限を委任する場合に、総従業員数の内数として記入する。

3. 営業概要書

(1) 前2か年の損益状況

	売上高 (A)	売上総損益 (売上高－売上原価)	当期利益
直前 事業年度	千円	千円	千円
基準年度	千円	千円	千円

※基準年度は_____年度（基準とする年度を記入すること）

(注1) 直前事業年度欄は、基準年度の直前1年間の事業年度の実績を記入すること。

(注2) 基準年度欄は、基準年度の実績を記入すること。

(2) 前2か年の株主資本の状況

(単位：千円)

株 主 資 本	区 分	資本金	資本 剰余金	利益 準備金	任意積立金	繰越利益 剰余金	計
	直前の事業年度						
本	基準年度						

(3) 財務比率

利 益 率	$\frac{\text{当 期 利 益}}{\text{総 売 上 高}} \times 100 = \quad \%$
固 定 長 期 適 合 率	$\frac{\text{固 定 資 産 計}}{\text{長期借入金等+株主資本}} \times 100 = \quad \%$
流 動 比 率	$\frac{\text{流 動 資 産 計}}{\text{流 動 負 債 計}} \times 100 = \quad \%$

(注3) 前年度の貸借対照表に基づいてその実績を記入すること。

(注4) 小数点以下2位まで計算して2位を四捨五入すること。

4. 受託実績調査表

病院名	病床数	契約期間	金額	備考
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		

(注) 長崎県五島市に近い病院から記載すること。

(様式第4号)

辞 退 届

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院
院長 竹島 史直 様

所 在 地
商号又は名称
代 表 者 名

印

長崎県五島中央病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザル参加申込書を
提出しましたが、都合により辞退します。

(様式第5号)

質 問 票

業 者 名	
担当部署名	
担 当 者 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メールアドレス	

質問日： 令和 年 月 日	
入札件名	
質問事項	
(内 容)	

【提出先】

五島市吉久木町205番地
長崎県五島中央病院 財務係
電話 0959-72-3181 FAX 0959-72-2881

(注) FAX送信後は電話連絡を行うこと

(様式第6号)

資格審査申請事項変更届

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院
院長 竹島 史直 様

所在地
商号又は名称
代表者名

印

長崎県五島中央病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザル申込書の記載事項について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

変更事項及び 変更年月日	変 更 前	変 更 後

(注) 変更事項の内容に対する証明書類を添付すること。