

様式第 1 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

印

## 現場説明会希望申込書

国民健康保険勝浦病院患者等給食業務委託について、下記に行われる現場説明会に参加申し込みします。

記

日 時 平成 29 年 11 月 28 日 (火) 13 時 30 分から

場 所 国民健康保険勝浦病院 2 階多目的室及び 1 階給食施設等

以上

様式第 2 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

㊟

## 質 問 書

国民健康保険勝浦病院患者等給食業務委託について、次の事項を質問します。

質問事項

注) 質問事項は、本様式 1 枚につき 1 問とし、簡潔に記載すること。

担当部署： \_\_\_\_\_ 担当者氏名： \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FAX ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

様式第 3 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

印

## 参 加 申 込 書

国民健康保険勝浦病院患者等給食業務委託について、提案書に基づくプロポーザルへの参加を申し込みします。

なお、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。

様式第 4 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

㊞

## 業 務 の 実 施 方 針

委託業務に関する考え方

委託業務に関する独自の提案

(注) 簡潔に記載すること

担当部署： \_\_\_\_\_ 担当者氏名： \_\_\_\_\_

TEL (       )       -       FAX (       )       -       \_\_\_\_\_

様式第 5 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

㊞

### 業 務 実 績 調 書

番号	業務委託先病院名	病床数	業務概要	実施年度
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(注) 中国・四国地区における病院の受託実績について記載すること

10件を超える場合は、直近で病床数の多い方から記載すること。

担当部署： \_\_\_\_\_ 担当者氏名： \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FAX ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

様式第 6 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

㊟

## 業 務 実 施 体 制 調 書

- (1) 委託業務に従事している人員配置計画  
(うち、病院委託業務に従事している従業者数 名)
- (2) 国民健康保険勝浦病院における人員配置計画
- ① 現場責任者  
(氏名・年齢)  
(実務経験年数)  
(資 格)
- ② 受託業務の指導及び助言を行う者 名  
(氏名・年齢)  
(資 格)  
(常勤・非常勤の別)
- (氏名・年齢)  
(資 格)  
(常勤・非常勤の別)
- ③ 従業者の配置予定数 名 (常勤換算による員数)  
名 (総勢員数)

様式第7号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

㊟

## 2 次 審 査 説 明 資 料

1 食材の調達方法

2 衛生管理方法

3 危機管理方法

4 病院職員との連携方法

※ 各項目とも、記載行数に制限はしない。必要に応じて、資料の添付を認めるが、簡潔な内容にとどめること。

担当部署： \_\_\_\_\_ 担当者氏名： \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FAX ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

様式第 8 号

平成 年 月 日

勝浦町長 中田丑五郎 様

(提出者)

住 所

商号又は名称

代表者職・氏名

㊟

## 参 加 辞 退 届

国民健康保険勝浦病院患者等給食業務委託につきましては、参加を辞退します。