障害者支援施設等給食業務委託事業

公募型プロポーザル　様式集

社会福祉法人富良野あさひ郷

様　式　一　覧

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様　式　名　称 |
| 様式第　１号 | プロポーザル参加申込書 |
| 様式第　２号 | 誓約書 |
| 様式第　３号 | 医療・福祉施設給食調理等業務履行実績 |
| 様式第　４号 | 保険等の加入状況について |
| 様式第　５号 | 現地見学会申込書 |
| 様式第　６号 | 質問書 |
| 様式第　７号 | 企画提案書 |
| 様式第　８号 | 食事に対する考え・取り組みについて |
| 様式第　９号 | 業務運営管理体制について |
| 様式第１０号 | 安全衛生管理体制について |
| 様式第１１号 | 災害等危機管理体制について |
| 様式第１２号 | 責任者配置予定書 |
| 様式第１３号 | 提案見積書 |
| 様式第１４号 | 参加辞退届 |

様式第１号

　　年　　月　　日

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

プロポーザル参加申込書

社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業プロポーザルに参加したいので、下記の書類を添えてプロポーザル参加を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 様　式　名　称 | 提出部数 | ページ数 |
| ① | 誓約書（様式第２号） | １部 |  |
| ② | 医療・福祉施設給食調理等業務履行実績（様式第３号） | １部 |  |
| ③ | 保険等の加入状況について（様式第４号） | １部 |  |
| ④ | 財務諸表の写し（直近の２箇年分） | １部 |  |
| ⑤ | 会社の概要がわかるパンフレット等 | １部 |  |

（作成者）

担当部署

役職名・氏名

電話

FAX

E-mail

様式第２号

　　年　　月　　日

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

郵 便 番 号

住　　　 所

ふ り が な

商号又は名称

㊞

代 　表 　者

誓　約　書

１．会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続き開始の申立てがされていない者又は民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続き開始の申立てがされていない者であることを誓約します（ただし、再生手続き開始が決定され、競争参加資格の再認定を受けた者を除く）。

２．私は、私及び役員等（役員として登記又は届出がされていないが、事実上経営に参画している者を含む。）が、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当しないことを誓約します。

　また、その確認のため、所轄庁警察あて、照会を受けることに同意します。

３．本実施要項等の公表日から起算して過去3年以内に食品衛生法の規定により、許可を取り消されたことがない者であることを誓約します。

４．社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業プロポーザル実施要綱Ⅰ－４に掲げる参加資格要件を全て満たしている事を誓約します。

上記１から４の事実に反した場合、参加資格を取り消されても異議ありません。

以上

様式第３号

医療・福祉施設給食調理等業務履行実績

（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 業務場所 | 業務金額（年額） | 業務期間 | 食数 | 栄養士数 | 調理員数 | 臨時等数 |
|  |  | 百万円 | 　年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |
|  |  | 百万円 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 食 | 名内管理栄養士名 | 名 | 名 |

（注）１　公告日から過去５年以内で医療・福祉施設等における給食調理業務の実績を記すこと

　　　２　業務時の契約書の写しを添付すること

　　　３　臨時等数にはパートタイムも含む

様式第４号

保険等の加入状況について

　給食業務を受託するにあたり、製造物責任法の規定による損害賠償責任を履行するため生産物賠償責任保険への加入および給食受託業務の代行保障制度への加入の有無及びその補償（保証）内容について記入してください。

※該当の場合は☑してください

（１）生産物（食中毒）賠償責任保険の加入の有無　　　　　　有□　　　　無□

補償（保証）内容について

（２）給食受託業務の代行保障制度への加入の有無　　　　　　有□　　　　無□

補償（保証）内容について

※保険証の写しを添付してください

様式第５号

　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 |  |

現地見学会申込書

社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業プロポーザルにおける現地見学会への参加を下記の通り申し込みます。

記

１　参加者（１事業者３名まで）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属 | 役　職 | 氏　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　参加資格

　　　腸内細菌検査を受けて異常がない者

３　提出書類

　　参加者全員の腸内細菌検査結果（直近のもの、写し可）

４　連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 |  | 所　　属 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

以上

様式第６号

　　　年　　　月　　　日

質　問　書

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 |  |

社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業プロポーザルの実施要項等に関して、以下のことについて質問がありますので提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ項目 |  |
| 質問内容 |  |

（注）１　質問は、本様式１枚につき１問とし、簡潔に取りまとめて記載すること

　　　２　質問の受付期間は、参加表明をされた日から2022年9月15日（木）までとし、電子メールにて提出すること

　　　３　全ての質問を取りまとめた後、2022年9月22日（木）までにすべての事業者に対して電子メールにて回答する

様式第７号

　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 |  |

企　画　提　案　書

社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業プロポーザルについて、別添の通り企画提案書を提出します

（作成者）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 役職名・氏名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

様式第８号

食事に対する考え・取り組みについて

食事に対する考え・取り組みについて、以下の項目を記載し、A４判３枚程度に簡潔にまとめてください。

1. 利用者に提供する食事に関する考え・基本方針
2. 調理技術・ノウハウ
3. 利用者を満足させる行事食の提供について
4. その他

※様式は問いませんので、必要に応じて資料を添付してください

様式第９号

業務運営管理体制について

業務運営管理体制について、以下の項目を記載しA４判３枚程度に簡潔にまとめてください。

1. 安定した業務提供を行える組織体制であるか
2. 業務に関する懸案事項をスピーディーに解決できる組織体制であるか
3. 業務に従事する従業員に対する管理が行き届く管理体制であるか
4. 調理従事者等の育成に関する考え方

※様式は問いませんので、必要に応じて資料を添付してください

様式第１０号

安全衛生管理体制について

　安全衛生管理体制について、以下の項目を記載し、A４判３枚程度に簡潔にまとめてください。

1. 安全かつ衛生的な食事提供が実行できる管理体制であるか
2. 業務に従事する従業員に対しての教育、施策
3. 衛生事故が発生した際の具体的対応手順

※様式は問いませんので、必要に応じて資料を添付してください

様式第１１号

災害等危機管理体制について

　災害等危機管理体制について、以下の項目を記載し、A４判３枚程度に簡潔にまとめてください。

1. 自然災害発生時に備えた運営体制であるか
2. 自然災害発生時における食材供給体制は万全であるか
3. COVID－19に関する予防体制・考え

※様式は問いませんので、必要に応じて資料を添付してください

様式第１２号

責任者配置予定書

配置予定の業務責任者について記入してください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性別 |  | 年齢 |  |
| 現住所 |  |
| 【資格】※該当する資格に☑してください。□管理栄養士（取得年　　　昭和・平成　　　　　年）□栄養士　　（取得年　　　昭和・平成　　　　　年）□調理師　　（取得年　　　昭和・平成　　　　　年）□その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）【経験】※該当する経験に☑してください。また年数を記入してください。□給食業務における業務責任者経験年数□給食業務における業務副責任者経験年数□給食業務の経験年数※具体的な福祉施設業務の経験、食数を含めて記載してください。※直近の経験順に記載してください。①②③④⑤ |

様式第１３号

　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

見　積　人

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

提　案　見　積　書

１　委託業務名　社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業

２　見積金額

　　　上記業務を2023年4月1日から2024年3月31日まで行うことを条件として、下記の通り提案見積書を提出します

記

（１）見積金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（消費税及び地方消費税を含む）

（２）各年度内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年間食材費（税込） | 年間管理費（税込） | 計（税込） |
| 北の峯学園見積金額 | 円 |  | 円 |  | 円 |
| 芽ぐみ野見積金額 | 円 |  | 円 |  | 円 |
| すきっぷ見積金額 | 円 |  | 円 |  | 円 |
| 合計 | 円 |  | 円 |  | 円 |

　　　　　　　見積金額欄はアラビア数字で記入し、金額の先頭に「￥」を付して下さい

※管理費の内訳として経費内訳書、食材費の詳細（会社独自の見積書等）を添付して下さい

様式第１４号

　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　富良野あさひ郷

理事長　佐藤　正勝　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号〒 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

参　加　辞　退　届

　社会福祉法人富良野あさひ郷障害者支援施設等給食業務委託事業プロポーザルに参加を申し込みましたが、辞退します。