

【様式 1】

受付番号：

参加申込書

「沖縄県立宮古病院給食業務委託」事業者選定に係るプロポーザル実施要領の条件等を了承し、参加を申し込みます。

沖縄県立宮古病院 院長 本永 英治 殿

(申込者) 会社名：

代表者名：

住所：

(担当者) 氏名：

電話番号：

メールアドレス：

【様式 2】

令和 年 月 日

誓約書

沖縄県病院事業局長 殿

住 所

法 人 名

代表者名

印

「沖縄県立宮古病院給食業務委託」プロポーザルへの参加申請を行うにあたり、下記のことを誓約します。

記

- 1 地方自治法施行令第 167 条の 4 第 1 項の規定に該当しない者であること。
- 2 宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体ではないこと。
- 3 沖縄県暴力団排除条例第 2 条（平成 23 年条例第 35 号）規定する暴力団員又は暴力団員と密接な関係を有する者に該当しないこと。
- 4 県税、消費税及び地方消費税の滞納がないこと。
- 5 加入義務のある社会保険（労働保険、健康保険及び厚生年金保険）に加入し、保険料の滞納がないこと。
- 6 雇用する労働者に対し、最低賃金法（昭和 34 年法律第 137 号）に規定する最低賃金額以上の賃金を支払っていること。
- 7 労働関係法令を遵守していること。

※注 1 コンソーシアムの場合は、すべての構成員について提出が必要です。

※注 2 誓約書には別添「参加資格要件確認書類」に記載の書類を添付してください。

(誓約事項 7 関係)

主な労働関係法令

- (1) 労働基準法 (昭和 22 年法律第 49 号)
- (2) 労働契約法 (平成 19 年法律第 128 号)
- (3) 最低賃金法 (昭和 34 年法律第 137 号)
- (4) 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律
(昭和 47 年法律第 113 号)
- (5) 短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律 (平成 5 年法律第 76 号)
- (6) 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律
(平成 3 年法律第 76 号)
- (7) 労働安全衛生法 (昭和 47 年法律第 57 号)
- (8) 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律
(昭和 60 年法律第 88 号)
- (9) 障害者の雇用の促進等に関する法律 (昭和 35 年法律第 123 号)
- (10) 労働組合法 (昭和 24 年法律第 174 号)
- (11) 雇用保険法 (昭和 49 年法律第 116 号)
- (12) 労働保険の保険料の徴収等に関する法律 (昭和 44 年法律第 84 号)
- (13) 健康保険法 (大正 11 年法律第 70 号)
- (14) 厚生年金保険法 (昭和 29 年法律第 115 号)

社会保険に加入義務がないことについての申出書

沖縄県病院事業局長 殿

住 所
法 人 名
代表者名 印

社会保険に加入義務がない理由は、下記のとおりです。

記

1 労働保険に加入義務のない理由

(該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください)

- 従業員がいないため（個人事業主で、事業主しかいない場合、または法人で取締役のみの事業所で構成される場合、等）
- 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため
- その他（理由を枠内に記入してください）

※ 従業員を1人以上使用しているすべての事業所に加入義務があります。

(詳細は、労災保険関係についてはお近くの労働基準監督署、雇用保険関係や被保険者となるかのお問い合わせ等についてはお近くの公共職業安定所までご確認ください)

2 健康保険及び厚生年金保険に加入義務のない理由

(該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください)

- 常時使用する従業員が5人未満の個人の事業所のため
- 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため
- その他（理由を枠内に記入してください）

※ 法人の事業所の場合、または個人の事業所で常時5人以上の従業員を使用している場合は加入義務があります。(詳細はお近くの年金事務所までご確認ください)

* 上記理由を確認する書類の提出をお願いする場合があります。

【様式3】

受付番号：

参加辞退届

「沖縄県立宮古病院給食業務委託」事業者選定に係るプロポーザルを
辞退します。

沖縄県立宮古病院 院長 本永 英治 殿

(辞退者) 会社名：

代表者名：

住所：

【様式 4】

受付番号：

「沖縄県立宮古病院給食業務委託」
プロポーザル応募申請書

令和 年 月 日

沖縄県立宮古病院 院長 本永 英治 殿

会社名：

氏名：

電話番号：

メールアドレス：

「沖縄県立宮古病院給食業務委託」事業者選定に係るプロポーザル実施要領の条件等を了承し、下記の提出書類を添えて応募します。

記

- 1 会社概要書、業務受託実績
- 2 委託業務見積書
- 3 企画提案書

担当者：
職・氏名：

【様式5】

会社概要書

1	商号または名称				
2	本社所在地				
3	代表者名				
4	創設年	年			
5	資本金	円			
6	従業員数（正社員）	名			
7	本業務配置者（予定）の氏名、 免許区分（管理栄養士・栄養士・ 調理師等）、年齢、実績年数	氏名	免許 区分	年齢	実績年数
		受託責任者			年 カ月
		献立専任栄養士			年 カ月
		主任調理師			年 カ月
8	業務内容				

【様式 6】

業務受託実績

対象業務：一般病床数 150 床以上の病院に関する給食委託業務（平成 31 年 4 月 1 日以降）

1 一般病床数が 150 床以上の病院に関する給食委託業務実績（必ず 2 件以上）

	業務名称	病院名 (契約相手方)	設立主体	一般 病床数	業務期 間 (年月)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

【様式 7】

令和 年 月 日

委託業務見積書

沖縄県立宮古病院
院長 本永 英治 様

所在地

事業者名

代表者/氏名

印

沖縄県立宮古病院患者給食業務委託プロポーザルに係る受託金額について、
下記のとおり見積もり致します。

記

見積金額（消費税は内税）

管理費 円	(月額固定)
食単価	
朝食 円	1食あたり 検食も同じ
昼食 円	1食あたり 検食も同じ
夕食 円	1食あたり 検食も同じ
保存食 円	1日あたり

以上

【様式 8】

質問書

令和 年 月 日

沖縄県立宮古病院

沖縄県立宮古病院給食業務委託プロポーザル担当あて

会社名：

氏名：

電話番号：

メールアドレス：

今般実施の「沖縄県立宮古病院給食業務委託」プロポーザルについて、
以下のとおり質問します。

※質問の内容について、詳細をわかりやすく記入して下さい。

※質問に対する回答は参加者全員に対し、メールにて回答・通知します。