様式1

年　　　月　　　日

町田市病院事業管理者　　近藤　直弥　様

# プロポーザル応募届

プロポーザルに参加したいので応募します。

|  |
| --- |
| **【件名】**町田市民病院院内レストラン等運営候補者選考プロポーザル |
| **【商号又は名称】** |
| **【所在地】** |
| **【代表者氏名または契約代理人氏名】** |
| **【添付書類】**会社概要書、登記簿謄本、印鑑登録証明書、決算書、納税証明書、営業許可書等の写し |
| **【担当者名】** |
| **【連絡先電話番号】** |
| **【ＦＡＸ番号】** |
| **【メールアドレス】** |
| **【ＵＲＬ】** |
| **【見学会参加申込】　する　　しない　（いずれか○を）　　※参加する場合、参加人数　　　　名** |

様式2

# 会社概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

１．会社概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業内容 |  | | | | | | | | | | | |
| 過去２年間  平均売上高  (損益計算書) | 直前期総売上高（ａ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 千円 |
| 前々期総売上高（ｂ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 千円 |
| 年間平均売上高=(a+b)÷２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 千円 |
| 営業年数 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年間 | | | | | | | | | | | |
| 従業員数 | 人 | | | | | | | | | | | |

２．実績（２００床以上の病院）　３件まで

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 病床数 | 床 |
| 契約期間 | 年　　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 契約内容 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 病床数 | 床 |
| 契約期間 | 年　　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 契約内容 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 病床数 | 床 |
| 契約期間 | 年　　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 契約内容 |  | | |

様式3

年　　　月　　　日

町田市病院事業管理者　　近藤　直弥　様

# 質疑書

以下のとおり質問がありますので、回答をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **【件名】**町田市民病院院内レストラン等運営候補者選考プロポーザル | |
| **【商号又は名称】** | |
| **【所在地】** | |
| **【代表者氏名または契約代理人氏名】** | |
| **【担当者名】** | **【電話】** |
| **【質問内容】** | |

　※質問は、簡潔にお願いいたします。また、質疑回答書には原文のまま掲載しますので、誤字･脱字に

ご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

様式4

年　　　月　　　日

町田市病院事業管理者　　近藤　直弥　様

# 企画提案書

下記のとおり、提出します。

記

|  |
| --- |
| **【件名】**町田市民病院院内レストラン等運営候補者選考プロポーザル |
| **【商号又は名称】** |
| **【所在地】** |
| **【代表者氏名または契約代理人氏名】** |
| **【添付書類】**１１ページ記載の内容 |
| **【担当者名】** |
| **【連絡先電話番号】** |
| **【ＦＡＸ番号】** |
| **【メールアドレス】** |
| **【ＵＲＬ】** |

※整理番号欄には、何も記入しないでください。