

豊田地域医療センター院内保育所運営業務委託 プロポーザル実施指定様式集

【目 次】

1. 参加表明書 (病院指定様式①)
2. 応募書類提出書 (病院指定様式②)
3. 提案者概要 (病院指定様式③)
4. 過去3年間行政処分等の有無 (病院指定様式④)
5. 連絡責任者届 (病院指定様式⑤)
6. 業務実績調書 (病院指定様式⑥)
7. 経営状況報告書 (病院指定様式⑦)
8. 研修計画書 (病院指定様式⑧)
9. 企画提案書 (病院指定様式⑨)
10. 見積書 (病院指定様式⑩)
11. 質問書 (病院指定様式⑪)

参加表明書

令和 年 月 日

公益財団法人豊田地域医療センター
理事長 宮川 秀一 様

(提出者) 住所又は所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者氏名 _____

下記に掲げる条件をすべて満たしており、豊田地域医療センター院内保育所運営業務に係る公募型プロポーザルへ参加します。

記

1. 愛知県において、本件類似事業の直近 5 年間の実施経験を有するものであること。業務実績については、類似事業の実績（病院指定様式⑤参照）に記載すること。
2. 会社更生手続開始、再生手続開始等の申し立てがなされていない者であること。
3. 宗教活動及び政治活動を主たる目的とする者でないこと。
4. 暴力団又はその構成員の統制下にある者でないこと。

応募書類提出書

令和 年 月 日

公益財団法人 豊田地域医療センター
理事長 宮川 秀一 殿

(提出者) 住 所

商 号又は名 称

代 表 者 氏 名

豊田地域医療センター院内保育所運営業務委託プロポーザル実施要綱に基づき、応募書類を提出します。

なお、本プロポーザル実施要綱に定められた要件等を満たしていること、並びに応募提出書類及び添付書類の記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

添付書類

- (1) 会社概要（パンフレット等）
- (2) 提案書 8 部（正本 1 部、副本 7 部（コピー可））

提案者概要

提案者概要		
商号又は名称		
代表者職氏名		
設立年月日		
経歴・沿革		
資本金		
従業員	役員(又は個人事業主)	名
	正社員(又は専従者)	名
	パート・アルバイト等	名
本店所在地		
支店・営業所数		
愛知県内の支店・営業所（名称・所在地）		
業務内容		
経営方針等		
請負業務における保険加入有無	有 ・ 無	

過去 3 年間行政処分等の有無

行政処分の有無	有 ・ 無
対象年月日	
処 分 内 容	

※該当する内容がなければ「該当なし」のみの記載とする。
※本社・支社がある場合は受託した場合、愛知県における支社・営業所について記載する。

連絡責任者届

令和 年 月 日

代表業者	<div>住 所</div> <div>商号 又は 名称</div> <div>代 表 者 氏 名</div> <div><div>○連絡責任者</div><div>氏 名</div><div>所 属</div><div>電 話 番 号</div><div>E - m a i l</div><div>所在地</div></div>
------	---

No.	病院又は事業所名	病床数	受託業務内容	実施 年度	契約 継続	夜間 保育	365 日開所
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

※現在も継続契約受託中の場合は「契約継続」欄に「○」を記入すること。

経営状況報告書

1. 売上高（直前3年度分決算期）

	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月	3年度分平均売上高（合計÷3）
売上高	千円	千円	千円	千円

2. 営業利益（直前3年度分決算期）

	1年	2年	3年	3年度分平均売上高（合計÷3）
営業利益	千円	千円	千円	千円

3. 職員数（直前3年度分決算期）

	年 月 現在	年 月 現在	年 月 現在	3年度分平均 （合計÷3）
正規職員数	人	人	人	人
離職率	%	%	%	%

4. 流動比率（直前3年度分決算期）

	年 月 現在	年 月 現在	年 月 現在	3年度分平均 流動比率 （合計÷3）
流動資産	千円	千円	千円	
流動負債	千円	千円	千円	
流動比率	%	%	%	%

* 金額千円未満は四捨五入すること。

* 流動比率は、流動資産の額を流動負債の額で除して得た数値の小数点以下第3位を四捨五入して百分比で表したものとする。

研修計画書

No.	日時	研修名	内容
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

(1) 事業理念

※参考例として、本様式で審査項目毎に提案事項を記載すること。

- | | |
|-------------|--------|
| (1) 事業理念 | 1 枚 |
| (2) 業務組織表 | 1 枚 |
| (3) 各業務の履行性 | 10 枚以内 |

以下の項目は必須

- ・運営実績・業務遂行能力
- ・保育内容（延長保育、夜間保育を含む）
- ・給食・おやつを提供
- ・保護者との連絡調整
- ・職員の配置及び質の向上

※必ずページ数、提案業者名を記載すること。

※A4 にて記載すること。（4）その他は各社の様式を使用 A 3 可）

※フローチャートや図を挿入する場合においても A4 サイズにて記載すること。

見積書

令和 年 月 日

公益財団法人 豊田地域医療センター 御中

(提出者) 住 所
 商 号 又は名称
 代 表 者 氏 名

⑨

内訳

1. 院内保育所運営業務委託託費

内容	単価
基本委託料金（5 年間）	
（再掲） 月額基本委託料金（延長・夜間を含む）	
（再掲） 延長保育料金（保育士 2 名体制）	
（再掲） 夜間保育料金（保育士 2 名体制）	
（再掲） 保育士 1 人当たりの人件費	

- （注） 1 金額はアラビア数字を用い、頭に金字又は ¥ 字を冠すること。ただし、金額の訂正は無効見
 積書となるので注意すること。
- 2 文字は明確に記載し、訂正抹消した箇所には押印すること。
- 3 記載後、封筒に入れ、封筒の表面に「〇〇見積書」と、裏面に住所、氏名を記載し、封筒
 継目に 3 個以上の封印を押すこと。
- ※ 各委託料金については、税込金額で記載すること。
- ※ 別途御社の見積書を添付すること（詳細内訳が分かる資料）

質問書

提出代表者名 (称 号 ・ 名 称)
(代 表 者 名)
(連 絡 者 名)
(連 絡 先 / ☎)

No.	質問内容	質問箇所 (要綱/要求 水準/その他)	回答
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			