【様式一覧】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式 | 様式名 | 実施要領内ページ数 |
| 様式１ | 参加意向申出書 | ２ |
| 様式２ | 会社概要 | ２ |
| 様式３ | 業務実績表 | ２ |
| 様式４ | 質問書 | ３、５ |
| 様式５ | 質問回答書　（※当院で使用） | ３、５ |
| 様式６ | 提案資格確認結果通知書 | ３ |
| 様式７ | 提案書 | ３ |
| 様式８－１～様式８－１１ | 提案書添付書類 | ３ |
| 様式９ | 結果通知書 | ６ |
| 様式１０ | 豊橋市民病院患者給食業務にかかる提案書の特定者について　（※当院で使用） | ６ |
| 様式１１ | 辞退届 | ７ |

様式１

プロポーザル参加意向申出書

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　　浅井　由崇　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　年　月　日付けで公告された下記プロポーザルに必要書類を添えて参加を申し込みます。

なお、本書の提出にあたり、応募資格を満たしていること、並びに本書に記載する内容及び添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

１　件　　名　豊橋市民病院患者給食業務

２　必要書類

　　　ア　様式２　会社概要（医療関連サービスマーク制度認定書の写しを添付すること。）

　　　イ　様式３　業務実績表（業務の契約書の写し及び業務内容が確認できる書類（仕様書の写し等）を添付すること。）

連絡担当者

担当部署

氏　　名

電　　話

F　A　X

E – mail

様式２

**会　社　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担当部署の連絡先 | 担当部署 |  |
| 担 当 者 |  |
| 住　　所 |  |
| 電　　話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| E - mail |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高 |  |
| 従業員数 | 　　　　　　名（令和　　年　　月末現在） |
| 事業概要 |  |
| 備　　考 |  |

※医療関連サービスマーク制度認定書の写しを添付すること

様式３

業務実績表（参加資格確認用）

平成３０年度以降の同種の業務実績を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 |  |
| 病院名 |  |
| 病床数 |  |
| 履行期間 |  |
| 業務の概要 |  |

※４００床以上の公立病院に対して履行した実績のうち、任意の１件を記載すること

※上記業務の契約書の写し及び業務内容が確認できる書類（仕様書の写し等）を添付すること

様式４

**質　　問　　書**

業務名　　　豊橋市民病院患者給食業務業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記業務のプロポーザル | ・参加意向申出書の提出 | に関して、次の項目を質問します。 |
| ・提案書の作成 |

　　　　　　　　　　　　※該当する方を○で囲んでください

令和　　年　　月　　日

　豊橋市長　　浅井　由崇　　様

　　　　　商号又は名称：

代表者職氏名：

　　　　　担当者氏名：

　　　　　電話番号：

　　　　　Ｆ　 Ａ 　Ｘ：

電子メール：

|  |
| --- |
| 質　問　事　項　（簡潔に） |
|  |

注意事項：質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。

様式５

令和　　年　　月　　日

業務名　　　豊橋市民病院患者給食業務

**質問回答書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＮＯ. | 質問 | 回答 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

様式６

提案資格確認結果通知書

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　浅井　由崇

令和　　年　　月　日付けで公告された下記プロポーザルについて、提案資格確認結果を通知します。

記

１　件　　名　豊橋市民病院患者給食業務

２　履行場所　愛知県豊橋市青竹町字八間西５０番地　豊橋市民病院

３　提案資格の有無

（１）資格を有することを認めます。

（２）次により、資格を有することを認めません。

理由：○○のため

担当課　豊橋市民病院事務局管理課（物品担当）

電話　　０５３２－３３－６２８１

FAX　　 ０５３２－３３－６２７３

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式７

令和　年　月　日

豊橋市長　浅井　由崇　　様

所　 在 　地：

商号及び名称：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　印

提案書の提出について

下記委託業務に係る提案書の募集について、提案書を提出します。

なお、本書及び添付書類の記載事項が事実と相違なく、その内容が実現可能であることを誓約いたします。

記

　１　業務の名称　　豊橋市民病院患者給食業務

　２　添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式 | 項　　目 | ページ |
| 様式８－１ | １　給食業務についての基本的な考え方 |  |
| 様式８－２ | ２　現場管理体制 |  |
| 様式８－３ | ３　衛生管理体制 |  |
| 様式８－４ | ４　食材確保体制 |  |
| 様式８－５ | ５　従業員の確保・配置 |  |
| 様式８－６ | ６　教育・研修体制 |  |
| 様式８－７ | ７　病院給食への取り組み |  |
| 様式８－８ | ８　患者サービス向上への取り組み |  |
| 様式８－９ | ９　非常時の対応 |  |
| 様式８－１０ | １０　受託実績 |  |
| 様式８－１１ | １１　単価見積（消費税及び地方消費税別） |  |

記載担当者

所　属：

職氏名：

電　話 ：

ＦＡＸ ：

E-mail ：

様式８－１

**１　給食業務についての基本的な考え方**

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－２

**２　現場管理体制**

（1）本社、支店等の連絡・支援体制について

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－３

**３　衛生管理体制**

（1）食材の衛生管理体制

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（2）従事員の衛生管理体制

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－４

**４　食材確保体制**

（1）良質・安全な食材確保

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（2）地産地消の考え方に基づいた食材の確保体制

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－５

**５　従業員の確保・配置**

（1）従業員の配置計画（栄養士業務・調理業務等職種別、時間帯別の配置人数等具体的に）

及び1日のワークスケジュール

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（3）内定から給食調理開始までの具体的スケジュール

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－６

**６　教育・研修体制**

（1）研修内容

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（2）個人情報の取扱い

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－７

**７　病院給食への取り組み**

（1）一般食、１日材料費830円で提供できる1週間（７日分）のメニュー

（選択メニューも含む）

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（2）特別食への取組み

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（3）調理作業の標準化

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－８

**８　患者サービス向上への取り組み**

（1）患者に喜ばれる給食を提供するための具体的提案

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（2）嗜好調査・患者満足度調査結果に対する具体的な対応

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－９

**９　非常時の対応**

（1）食中毒等が発生した場合の対応

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

（2）災害時の対応

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－１０

**１０　受託実績**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | １ | ２ | ３ |
| 業務名 |  |  |  |
| 病院名 |  |  |  |
| 病床数 |  |  |  |
| 履行期間 |  |  |  |
| 業務の内容 |  |  |  |
| 特筆すべき成果 |  |  |  |

　※４００床以上の公立病院において、平成３０年度以降に受託したものを記入すること。

　※３件を超える実績がある場合は複数ページにわたって記入すること。ただし、最大６件までとする。

様式８－１１

**１１　単価見積（消費税及び地方消費税別）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食 事 の 種 類 | 管理費（円） | 食材費（円） |
|
| 非加算食 | 朝食　１人１食当り | 　 | 　 |
| 昼食　１人１食当り | 　 | 　 |
| 夕食　１人１食当り | 　 | 　 |
| 加算食 | 朝食　１人１食当り | 　 | 　 |
| 昼食　１人１食当り | 　 | 　 |
| 夕食　１人１食当り | 　 | 　 |
| 濃厚流動食 | １人１食当り |  | 納入価格 |
| 調乳（普通ミルク・その他ミルク） | １人１日当り | 　 | 納入価格 |
| 産褥食（補食） | １人１食当り |  | 　 |
| 代替食 | １人１食当り |  | 　 |
| 祝い膳 | １人１食当り |  |  |
| ベッドサイド配下膳 | １人１食当り |  |  |

※実施要領の年間予定食数及び下記を参考に見積もること。

○単価の区分について

・管理費には調理加工費、人材管理費など食材費以外のすべての経費が含まれるものとする。

・検食の単価は、検食用として指定された食事の種類と同様とするため、単価表で区分しない。

○支払いに係る食数等の計上について

・支払いは月払いとするため、それぞれの単価に月間実喫食数等を乗じて支払額を算出する。

|  |  |
| --- | --- |
| 　非加算食および加算食　　　　　　 | 管理費・食材費ともに朝食・昼食・夕食それぞれの月間実喫食数を乗じる。 |
| 　検　食　　　　　　 | 管理費・食材費ともに病院側職員の月間実喫食数を乗じる。 |
| 濃厚流動食 | 管理費は月間実喫食数を乗じる。食材費は濃厚流動食の使用数に基づいて支払う。 |
| 　調　乳　　　　　　 | 管理費は１人当り１日１回まで計上し、昼食時の実喫食人数を乗じる。 |
|  | 食材費はミルクの使用缶数に基づいて支払う。 |
| 産褥食（補食） | 食材費のみ支払う。月間実喫食数を乗じる。 |
| 　代替食 | 食材費のみ支払う。月間実喫食数を乗じる。 |
| 　祝い膳 | 食材費のみ支払う。月間実喫食数を乗じる。 |
| 　ベッドサイド配下膳 | 管理費のみ支払う。月間配下膳数を乗じる。 |

様式９

結　果　通　知　書

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市民病院患者給食業務

プロポーザル評価委員会

貴社より提出があった下記プロポーザル提案書について、審査結果を次のとおり通知します。

記

件名　　豊橋市民病院患者給食業務プロポーザル

結果　１　最適であると特定しました。

理由　○○のため

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

または

２　次の理由により特定しませんでした。

理由　○○のため

※非特定理由については、本通知日の翌日から起算して5日（土・日、祝日・休日を含まない。）以内に、書面（様式は自由）により説明を求めることができます。

担当課　豊橋市民病院事務局管理課（物品担当）

電話　　０５３２－３３－６２８１

FAX　　 ０５３２－３３－６２７３

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式１０

豊橋市民病院患者給食業務プロポーザル契約候補者の特定について

豊橋市民病院患者給食業務

プロポーザル評価委員会

１　委託業務名　　豊橋市民病院患者給食業務委託

２　業務期間　　　契約日から令和９年９月３０日まで

３　契約候補者の特定方法

豊橋市民病院患者給食業務プロポーザル評価委員会において、公募型プロポーザル方式により参加業者から提出された提案内容を評価基準に基づき採点した結果、合計得点が最も高い次の提案者を契約候補者として特定しました。

４　契約候補者

商号又は名称

所在地

５　提案者数

問い合わせ先

豊橋市民病院事務局管理課（物品担当）

電話　　０５３２－３３－６２８１

FAX　　 ０５３２－３３－６２７３

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式１１

**辞　　退　　届**

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　　浅井　由崇　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地

 　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

豊橋市民病院患者給食業務プロポーザルに参加を申込みましたが、下記により辞退いたします。

記

辞退理由：