様式第１号

兵庫県立丹波医療センター院内保育所運営業務委託業者プロポーザル

参　加　表　明　書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県立丹波医療センター

院長　西崎　 朗 　様

　所在地（住所地）

名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　 　　　　　　　　　　代表者印

作成責任者　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　兵庫県立丹波医療センター院内保育所運営業務委託業者選定に係るプロポーザル募集要領に基づく公募型プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて応募します。

【添付書類】

・参加表明書（本書）　　　　　　　　　　　　　　　　　１部

・参加資格にかかる誓約書（様式第２号）　　　　　　　　１部

　　・商業登記簿謄本又はそれに類する登記簿謄本（写し可）　１部

　　　　※申込日前３か月以内のもの

・県税にかかる納税証明書　　　　　　　　　　　　　　　１部

・消費税及び地方消費税にかかる納税証明書　　　　　　　１部

様式第２号

参加資格にかかる誓約書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県立丹波医療センター

院長　西崎　 朗 　様

誓約者　所在地（住所地）

名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　 　　　　　　　　　　代表者印

作成責任者　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　貴病院における院内保育所運営事業者選定に係る公募型プロポーザルへの参加について、当社は、下記の各事項をすべて満たすことを誓約します。

記

(1)　日本国内に本社又は営業所等を有する法人等であって、保育施設を５年以上継続して運営した実績がある又は病院の院内保育所を５年以上継続して運営した実績がある保育事業者である （いずれも、業務委託契約による運営を含む。）

(2)　地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４の規定に基づく兵庫県（以下「県」という。）の入札参加資格制限基準による資格制限を受けていない

(3)　本公告の日から企画提案書の受付期間の末日までの間において、県の指名停止基準に基づく指名停止を受けていない

(4)　暴力団排除条例（平成22年兵庫県条例第35号）第２条第１号に規定する暴力団又は第３号に規定する暴力団員に該当しない

　暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第２号）第２条各号に規定する暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者に該当しない

(5)　会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立て又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立てがなされていない

(6) 認可外保育施設指導監督の指針、認可外保育施設指導監督基準、及び国の病児・病後児保育事業実施要綱を遵守できる

(7) 国税及び県税を滞納していない

(8) 本公告日から本公告に係る業務の受託候補者の選定の日までの間、法令等に基づく営業停止等の措置を受けていない

(9) 無差別大量殺人行為を行った団体の規制に関する法律（平成11年法律第147号）第５条第１項に規定する観察処分を受けた団体に該当しない

(10) 役員（法人の監査役及び監事を含む。）のうちに次のいずれかに該当する者がいない

　ア　心身の故障により業務を適正に行うことができない者

　イ　破産者で復権を得ない者

　ウ　禁固以上の刑に処せられ、その刑の執行を終わり、またはその刑の執行を受けることがなくなった日から２年を経過しない者

　エ　暴力団の構成員等

様式第３号

質　　問　　書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県立丹波医療センター

院長　西崎　 朗 　様

提出者　名　　　称

 作成責任者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　兵庫県立丹波医療センター院内保育所運営業務委託業者選定に係る公募型プロポーザルについて、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 | 内　　　　　　　　容 |
|  |  |

※１　質問事項には、「要領」「仕様書」のページ・番号等を記載すること。

　２　質問の内容については、簡潔にまとめること。

様式第４号

提　　案　　書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県立丹波医療センター

院長　西崎　 朗 　様

提案者　所在地（住所地）

名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　 　　　　　　　　　　代表者印

　「兵庫県立丹波医療センター院内保育所運営業務委託業者募集仕様書」に基づき、当該業務について、提案書を提出します。

なお、本提案書の記載内容については、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

様式第５号

法人等概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 法人等の名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 沿革 |  |
| 業務内容 |  |
| 主な実績 |  |
| 財政経営状況 | 年度 | 平成30年度 | 令和１年度 | 令和２年度 |
|  | 総収入 |  |  |  |
|  | 総支出 |  |  |  |
|  | 当期損益 |  |  |  |
|  | 累積損益 |  |  |  |
| 参加に関する担当者連絡先 |
| 所属部署 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

※会社概要・パンフレット等を添付すること

様式第６号

保育施設又は院内保育所の運営（受託）実績

提案者

名　　称

（令和３年10月1日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名（病床数） | （　　　　床） | （　　　　床） | （　　　　床） |
| 所在地 | 府・県　　市・町・村 | 府・県　　市・町・村 | 府・県　　市・町・村 |
| 認可又は認可外の別 | 認　可　・　認可外 | 認　可　・　認可外 | 認　可　・　認可外 |
| 直営又は受託の別（委託元） | 直　営　・　受　託（　　　　　　　） | 直　営　・　受　託（　　　　　　　） | 直　営　・　受　託（　　　　　　　） |
| 運営開始年月日又は受託年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 入所定員 | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |
| 入所者数 | ０歳児　　：　　人 | ０歳児　　：　　人 | ０歳児　　：　　人 |
| １～２歳児：　　人 | １～２歳児：　　人 | １～２歳児：　　人 |
| ３歳児以上：　　人 | ３歳児以上：　　人 | ３歳児以上：　　人 |
| 　　計　　：　　人 | 　　計　　：　　人 | 　　計　　：　　人 |
| 対象年齢 | ～ | ～ | ～ |
| 休所日（曜日等） |  |  |  |
| 保育形態※クラス分け等 |  |  |  |
| 給食の提供方法 |  |  |  |
| 職員数 | 計　　　　名 | 計　　　　名 | 計　　　　名 |
| (内訳)保育士　　名 | (内訳)保育士　　名 | (内訳)保育士　　名 |
| 　　　その他　　名 | 　　　その他　　名 | 　　　その他　　名 |
| 備考※その他特記事項 |  |  |  |

※１　兵庫県から順次記載し、最大３件までとする。

２　契約書の写し等、運営実績を証明する書類を添付すること。

　３　適宜、コピーし、作成すること。

様式第７号

病児・病後児保育所の運営（受託）実績

提案者

名　　称

（令和３年10月1日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名（病床数） | （　　　　床） | （　　　　床） | （　　　　床） |
| 所在地 | 府・県　　市・町・村 | 府・県　　市・町・村 | 府・県　　市・町・村 |
| 認可又は認可外の別 | 認　可　・　認可外 | 認　可　・　認可外 | 認　可　・　認可外 |
| 直営又は受託の別（委託元） | 直　営　・　受　託（　　　　　　　） | 直　営　・　受　託（　　　　　　　） | 直　営　・　受　託（　　　　　　　） |
| 運営開始年月日又は受託年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 入所定員 | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |
| 入所者数 | ０歳児　　：　　人 | ０歳児　　：　　人 | ０歳児　　：　　人 |
| １～２歳児：　　人 | １～２歳児：　　人 | １～２歳児：　　人 |
| ３歳児以上：　　人 | ３歳児以上：　　人 | ３歳児以上：　　人 |
| 　　計　　：　　人 | 　　計　　：　　人 | 　　計　　：　　人 |
| 対象年齢 | ～ | ～ | ～ |
| 休所日（曜日等） |  |  |  |
| 保育形態※クラス分け等 |  |  |  |
| 給食の提供方法 |  |  |  |
| 職員数 | 計　　　　名 | 計　　　　名 | 計　　　　名 |
| (内訳)看護師（保健師）　名助産師　　名保育士　　名 | (内訳)看護師（保健師）　名助産師　　名保育士　　名 | (内訳)看護師（保健師）　名助産師　　名保育士　　名 |
| その他　　名 | その他　　名 | その他　　名 |
| 備考※その他特記事項 |  |  |  |

※１　実績がある場合のみ記載。兵庫県から順次記載し、最大３件までとする。

２　契約書の写し等、運営実績を証明する書類を添付すること。

　３　適宜、コピーし、作成すること。