　（様式１）

令和　　　年　　　月　　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　 　　　 　　　　　　　 　 印

参加資格確認申請書

公立陶生病院喫茶店（カフェ）運営事業者募集公募型プロポーザルに参加したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、参加資格要件の全てを満たしていることを誓約し、提出書類に記載した事項は事実と相違ありません。

記

１　公募型プロポーザル参加資格確認申請書記載責任者

　⑴　所属部署

⑵　氏名

⑶　電話番号・ＦＡＸ番号

⑷　メールアドレス

２　資格確認事項

　⑴　運営形態　（ 直営 ・ フランチャイズ経営 ）

⑵　運営実績　別紙１のとおり

３　添付書類

　⑴　別紙１に記載した施設との契約書の写し

⑵　フランチャイズ経営を行う場合は、申請者が３年間以上喫茶店（カフェ）経営を行っていることがわかる書類。

　　（様式１・別紙１）

公共施設又は医療機関における喫茶店（カフェ）の運営実績

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |
| フランチャイズ名 ※１ |  |

次のとおり公共施設又は医療機関における３年間以上の喫茶店（カフェ）の運営実績があることを申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公共施設又は医療機関における３年間以上の喫茶店（カフェ）の運営実績（２施設）  ※２ | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 契約期間 | 年　　 月　　日 　　～　　　年　　 月　　日 |
| 運営形態 | （　　直営　　・　　フランチャイズ経営　　） |
| 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 契約期間 | 年　　 月　　日 　　～　　　年　　 月　　日 |
| 運営形態 | （　　直営　　・　　フランチャイズ経営　　） |
| 備考 | | |

※１　フランチャイズ経営を行う場合は記載してください。

※２　該当する施設が多数ある場合は、代表的な２施設について記載してください。なお、該当する施設が１施設のみの場合は、１施設のみ記載してください。

（様式２）

代表者等名簿

令和　　年　　月　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　殿

　 　　　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり、公立陶生病院喫茶店（カフェ）運営事業者応募申請者の代表者等の役職者名簿を提出します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役　職　名 | フリガナ | 生 年 月 日 | 住　　　　　　　所 |
| 氏　名 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

※　この名簿には、代表者、施設の管理責任者、法人にあっては非常勤を含む役員及び支配人並びに営業所の代表者、その他の団体にあっては、法人の役員等と同様の責任を有する代表者及び理事について記入してください。

　　　本様式は、暴力団排除に関する排除措置対象法人等であるか否かの確認をするため、愛知県瀬戸警察署への照会に使用します。

（様式３）

令和　　年　　月　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　様

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

質　問　書

（事業名）公立陶生病院喫茶店（カフェ）運営事業

上記の事業のプロポーザルによる提案書の募集について、次の事項を質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 | 質問内容 |
|  |  |

（様式４）

令和　　年　　月　　日

公立陶生病院組合

管理者　瀬戸市長　伊藤 保德　様

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

辞　退　届

公立陶生病院喫茶店（カフェ）運営事業者公募型プロポーザルに参加を申込みましたが、都合により辞退いたします。