

(様式1)

令和 年 月 日

滋賀県病院事業庁長 様

(申請者) 住 所

商号または名称

代表者職・氏名

印

参加申込書（現地説明会申込書）

県立病院内における食堂・売店・自動販売機の運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加したいので申し込みます。

なお、実施要領に記載の参加資格を有することについて、事実と相違ないことを誓約します。

併せて、現地説明会へ下記の人数での出席を申し込みます

○現地説明会出席者数 _____人 ※1事業者で3人以内

【連絡先】

担 当 部 署

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X

E-m a i l

(様式2)

営業概要表

1. 売上高 (直前3ヵ年分決算期)

年間売上高	令和 年 月 日～令和 年 月 日	千円
	令和 年 月 日～令和 年 月 日	千円
	令和 年 月 日～令和 年 月 日	千円
3ヵ年分平均売上高 (上記合計÷3)		千円

2. 自己資本 (直前決算時)

資本金	千円	純資産額合計	千円
-----	----	--------	----

3. 職員数 (直前3ヵ年分決算期末)

従業員数	令和 年 月 日現在	人
	令和 年 月 日現在	人
	令和 年 月 日現在	人
3ヵ年分平均職員数 (上記合計÷3)		人

4. 流動比率 (直前3ヵ年分決算期末)

流動比率	令和 年 月 日現在	流動資産	千円	%
		流動負債	千円	
	令和 年 月 日現在	流動資産	千円	%
		流動負債	千円	
	令和 年 月 日現在	流動資産	千円	%
		流動負債	千円	
3ヵ年分流動比率 (上記合計÷3)				%

5. 営業年数 (令和7年2月1日現在)

営業年数	年
------	---

※金額の千円未満、3ヵ年分平均の計算結果は四捨五入してください。

※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第3位を四捨五入して百分率で表したものとします。

(様式1) ※グループ参加の場合

令和 年 月 日

滋賀県病院事業庁長 様

参加申込書 (現地説明会申込書)

県立病院内における食堂・売店・自動販売機の運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに、以下のとおり幹事事業者を選定の上、グループ申請により参加したいので申し込みます。

なお、実施要領に記載の参加資格を有することについて、事実と相違ないことを誓約します。

併せて、現地説明会へ下記の人数での出席を申し込みます

(幹事事業者) 住 所
商号または名称
代表者職・氏名 印
電話番号

(構成員事業者) 住 所
商号または名称
代表者職・氏名 印
電話番号

(構成員事業者) 住 所
商号または名称
代表者職・氏名 印
電話番号

○現地説明会出席者数 _____ 人 ※1グループで3人以内

【連絡先】 ※担当者は幹事事業者から選んでください。

担 当 部 署

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X

E-m a i l

(様式2) ※グループ参加の場合

営業概要表

事業者名 _____

1. 売上高 (直前3ヵ年分決算期)

年間売上高	令和 年 月 日～令和 年 月 日	千円
	令和 年 月 日～令和 年 月 日	千円
	令和 年 月 日～令和 年 月 日	千円
3ヵ年分平均売上高 (上記合計÷3)		千円

2. 自己資本 (直前決算時)

資本金	千円	純資産額合計	千円
-----	----	--------	----

3. 職員数 (直前3ヵ年分決算期末)

従業員数	令和 年 月 日現在	人
	令和 年 月 日現在	人
	令和 年 月 日現在	人
3ヵ年分平均職員数 (上記合計÷3)		人

4. 流動比率 (直前3ヵ年分決算期末)

流動比率	令和 年 月 日現在	流動資産	千円	%
		流動負債	千円	
	令和 年 月 日現在	流動資産	千円	%
		流動負債	千円	
	令和 年 月 日現在	流動資産	千円	%
		流動負債	千円	
3ヵ年分流動比率 (上記合計÷3)				%

5. 営業年数 (令和7年2月1日現在)

営業年数	年
------	---

※金額の千円未満、3ヵ年分平均の計算結果は四捨五入してください。

※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第3位を四捨五入して百分率で表したものとします。

※事業者毎で記入し提出してください。

(様式3)

令和 年 月 日

滋賀県病院事業庁長 様

(申請者) 住 所

商号または名称

代表者職・氏名

印

企 画 提 案 書

県立病院内における食堂・売店・自動販売機の運営事業者選定に係る公募型プロポーザルについて
企画提案書を提出します。

【連絡先】

担 当 部 署

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X

E-m a i l

(様式3) ※グループ申請の場合

令和 年 月 日

滋賀県病院事業庁長 様

企 画 提 案 書

県立病院内における食堂・売店・自動販売機の運営事業者選定に係る公募型プロポーザルについて
企画提案書を提出します。

(幹事事業者) 住 所
商号または名称
代表者職・氏名 印
電 話 番 号

(構成員事業者) 住 所
商号または名称
代表者職・氏名 印
電 話 番 号

(構成員事業者) 住 所
商号または名称
代表者職・氏名 印
電 話 番 号

【連絡先】(幹事事業者)

担 当 部 署

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X

E-m a i l

(様式3-1)

運営体制

組織体制、教育体制	
提案	
衛生管理、商品管理	
提案	
危機管理体制	
提案	
要望・苦情への対応	
提案	

(様式3-2)

サービス内容

運営方針、コンセプト	
提案	
レストラン・職員食堂	
提案	
売店	
提案	
カフェ	
提案	

(様式 3-3)

独自サービスの提供等

提案	
----	--

(様式 3-4)

病院との連携・協力

提案	
----	--

(様式 3-5)

病院での事業実績

【着目点】 令和3年度以降における病院での1年以上の期間にわたる事業実績			
実績の有無	有 ・ 無		
上記有りの場合は以下に内容を記入			
病院名	規模 (病床数)	事業内容 (食堂(レストラン)、売店、自動販売機)	契約期間

※グループ参加の場合は、事業者毎に別紙で作成し、下記に事業者名を記載してください。

事業者名 _____

(様式3-6)

社会政策面での事業者の取組

【着目点】「滋賀県ワーク・ライフ・バランス推進企業」の登録を受けている、または、次世代育成支援対策推進法に基づく基準適合一般事業主として厚生労働大臣の認定を受けている。	
登録・認定の有無	有 ・ 無
【着目点】高年齢者雇用確保措置について労使協定の締結、または就業規則の労働基準監督署へ届出	
締結・届出の有無	有 ・ 無
【着目点】障害者の雇用の促進等に関する取組のうち、次のいずれかに該当する。 ①障害者雇用に関する状況の報告義務がある事業者で法定雇用率が達成されている ②障害者の雇用に関する状況の報告義務がない事業者であって障害者を雇用している ③「しが障害者施設応援企業」の認定を受けている ④障害者の雇用の促進等に関する法律に基づく基準適合事業主として厚生労働大臣の認定を受けている	
該当の有無	有 ・ 無
【着目点】「滋賀県女性活躍推進企業」の認証を受けている、または、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく基準適合一般事業主として厚生労働大臣の認定を受けている。	
認証・認定の有無	有 ・ 無
【着目点】環境マネジメントシステムのうち、次のいずれかの認証・登録を受けている。 ①国際標準化機構が定めた規格ISO14001に適合している旨の認証 ②一般財団法人持続性推進機構（平成23年9月30日以前に登録・更新した場合は、財団法人地球環境戦略研究機関持続性センター）の実施するエコアクション21の認証・登録 ③特定非営利活動法人KES環境機構の実施するKES・環境マネジメントシステム・スタンダードの登録 ④一般財団法人エコステージ協会の実施するエコステージの認証	
認証・登録の有無	有 ・ 無

※各着目点で有りの場合は、登録・認定・締結・届出・達成・雇用・認証の確認できる書類を添付してください。

(様式 3-7)

特別使用料 (年額)

使用料について、公有財産使用許可に基づく使用料 (基本使用料) とは別に、施設使用による売上に
応じた歩合 (特別使用料) について提案してください。

ただし、この提案内容がそのまま納付していただく金額となるわけではありません。

1. 提案内容 (年間の特別使用料)

病院名	施設	提案額 (定額)、提案率
総合病院 (本館・別館)	食堂 (レストラン)	
	職員食堂	
	売店 (喫茶コーナー含む)	
	入院セットサービス	
	自動販売機	
総合病院 (こども棟)	売店	
	自動販売機	
精神医療センター	職員食堂	
	売店	
	自動販売機	
合計		円

2. 上記提案の前提条件

--

※提案の額は、百円単位までとしてください。

※提案の率は、小数点第一位までとしてください。

※率での提案の場合は、仕様書に記載のある年間売上高見込みをベースに金額を算出してください。

※提案がない場合は、「なし」と記載してください。

(様式3-8)

収支計画

1. 年間の収支計画

項目	金額 (単位: 円)	明細
売上高		
その他収益		
収益合計 a		
原材料費		
人件費		
光熱水費		
基本使用料		
特別使用料		
費用合計 b		
損益 a - b		

2. 初期設備投資

機器名	金額 (単位: 円)	明細
合計		

3. 初期設備投資により単年度収支見込みが赤字となる場合の考え方

--

※上記の表に含まれていない項目についても、必要に応じて記載してください。

(様式4)

令和 年 月 日

質 疑 書

事業者名	
担当者名	
電話番号	
F A X	
E-m a i l	

質 疑 事 項

項 目	内 容