

様式 (1)

給食業務総合評価入札参加資格申請書

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

会 社 名

代表者名

印

担 当 者

所 属

氏 名

T E L

F A X

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会の給食業務委託選定について、次のとおり、関係書類を添付して申し込みます。

なお、選定については、貴方に一任し、その結果については、何らの意義及び、疑義の申し立てをいたしません。

添付書類

- (1) 会社概要、連絡票 様式 (2) (3)
- (2) 商業登記簿謄本
- (3) 取引証明書又は契約書の写し 様式 (4)
- (4) 最近3事業年度分の貸借対照表、損益計算書及び、利益金処分計算書
- (5) 最近3年分の法人事業税、法人府民税及び、消費税ならびに、
地方消費税の納税証明書
- (6) 宣誓書、委任状 様式 (5) (6)
- (7) 食品衛生法に基づく営業許可証の写し
- (8) 証明書（食中毒等による営業停止処分を受けていない証明） 様式 (7)
- (9) 生産物賠償責任保険又は製造物責任保険の写し
- (10) 企業活動調査 様式 (8)
- (11) 就職困難者への対応について 様式 (9)
- (12) 法人事業及び利用者への貢献の提案 様式 (10)
- (13) 西成北西部のまちづくり等への提案 様式 (11)

会社概要

年 月 日現在

名 称	(フリガナ).....	
法人等の所在地	〒	
申請団体名 (連合体の場合)	(フリガナ).....	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 構成員 (いずれかに ○)
設立年月日		
従業員数		
資本金		
主な業務内容		
免許・登録 (ISO 等)		

連 絡 表

年 月 日

社会福祉法人
ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所
商号又は名称

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会給食業務の委託に係る総合評価入札に関する業務の
連絡者を次のとおり届けます。

連 絡 者	(1)	
	(2)	
所 属		
所 在 地		
電 話 番 号 F A X 番 号	
資格審査結果等 連 絡 先		

取引証明書

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

会 社 名

代表者名

印

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会の給食業務委託選定について、下記のとおり、業務実績を報告します。

記

契 約 名 称 業 務 概 要	契 約 期 間	契 約 金 額 (本体価格)
	年 月 日から 年 月 日まで	千円
	年 月 日から 年 月 日まで	千円
	年 月 日から 年 月 日まで	千円
	年 月 日から 年 月 日まで	千円
	年 月 日から 年 月 日まで	千円

- 注) 1. 集団給食業務についての実績を記入してください。(高齢者介護施設は過去3年間分を必ず記入。)
2. 業務概要については、できる限り詳細に記入してください。
3. 記入された実績の契約書の写しがあれば、添付してください。
4. 実績は近年のものから、記入してください。

宣 誓 書

年 月 日

社会福祉法人
ヒューマンライツ福祉協会 様

申 請 者
住所
商号又は名称
代表者名 印

受 任 者（代理人に選任された場合）
住所
商号又は名称
受任者名 印

下記第1項に該当しないものであることを宣誓致しますとともに、第1項及び第2項各号のいずれかに該当したときは、見積又は入札に参加することを禁止されても、何ら異議の申し立てをいたしません。

記

第1項

- 1 入札に係る契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者
- 2 第2項各号の一に該当すると認められ見積又は入札に参加することを禁止され、事実のあった日から2年を経過しない者

第2項

- 1 契約の履行にあたり、故意に製造を粗雑にし、又は物件の品質もしくは数量に関して不正の行為をした者
 - 2 入札又は提案書において、虚偽の申請を行った者、その公正な執行を妨げた者又は公正な価格の成立を害し、もしくは不正の利益を得るために連合した者
 - 3 落札者が契約を締結すること又は契約者が契約を履行することを妨げた者
 - 4 契約の適正な履行を確保するため又はその受ける給付の完了の確認をするため行う監督又は検査の実施にあたり職員の職務の執行を妨げた者
 - 5 正当な理由がなくて契約を履行しなかった者
 - 6 前各号の一に該当する事実があった後2年を経過しない者を契約の履行にあたり代理人、支配人その他の使用人として使用した者
- （注） 受任者を設ける場合には、代表者と受任者が連名で押印してください。

委任状

代理人氏名

代理人使用印鑑



上記の者を代理人と定め、下記の総合評価入札に関する一切の権限を
委任します。

記

件名

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

証 明 願

年 月 日

保健所長 様

住所
商号又は名称
代表社名

印

私は、社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会の給食業務にかかる入札参加資格審査申請のため、必要につき過去3年間に食中毒により食品衛生法第55条の規定により営業停止処分を受けたことがないことを証明願います。

記

- | | | | |
|---|--------------|-----------------|---|
| 1 | 許可指令番号又は確認番号 | 第 | 号 |
| 2 | 許可（確認）年 月 日 | 年 月 日 | |
| 3 | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |

第 号

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

保 健 所 長

企業活動調査票

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 入札要綱に則り、業務委託に関する総合評価入札に応募されます事業者の方の「企業調査」として、以下の6点にわたりご回答をお願いします。

1. 就職困難者雇用実績について

「就職困難者」（就職困難者に該当するのは、雇用保険における就職困難者に定義されている、身体障害者、知的障害者、精神障害者、保護観察中の者、社会的事情により就職が著しく阻害されている人たち等です。）

2016年10月1日～2019年9月30日までの実雇用者数 人

内訳	障害者	人
	保護観察中のもの	人
	社会的事情	人

2. 「次世代育成支援対策推進法」に基づく一般事業主行動計画の策定状況について

「次世代育成支援対策推進法」における行動計画を策定した旨を厚生労働大臣（都道府県地方労働局）に届出していますか。

常時雇用する労働者が100人以下の事業者（届出義務なし）		常時雇用する労働者が101人以上の事業者（届出義務あり）	
<input type="checkbox"/> 届出済	<input type="checkbox"/> 未提出	<input type="checkbox"/> 届出済	<input type="checkbox"/> 未提出

※行動計画を届出済の事業者は一般事業主行動計画策定届の写しを添付してください。

3. 「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく障害者の雇用状況について

※毎年6月1日現在（直近）でご記入ください。

公共職業安定所に「障害者雇用状況報告書」を提出している事業者はその写しを添付してください。

(1) 常時雇用労働者数が45.5人以上の事業者にお聞きします。

障害者法定雇用率（2.2%）を達成していますか。

- ☐ 達成している。
☐ 達成していない。

(2) 常時雇用労働者数が45人以下の事業者にお聞きします。

障害者を雇用していますか。

☐ 雇用している。

☐ 雇用していない。

注意：ビル管理部門に関しては総括管理会社のみ

4. 大阪人材雇用開発センター（C-STEP）企業登録について
（該当項目の□にレ点をつけてください）

☐ 登録している

☐ 登録していない

5. 大阪企業人権協議会への加入について
（該当項目の□にレ点をつけてください）

☐ 加入している

☐ 加入していない

6. 企業での人権研修について
（該当項目の□にレ点をつけてください）

2018年4月1日以降に御社内で人権に関する研修が行われましたか

☐ 行った （内容 :)

☐ 行っていない

就職困難者への対応について

（自由記入形式で提出ください。A 4 サイズ 2 枚までとさせていただきます。）

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会事業及び利用者への貢献の提案

（自由記入形式で提出ください。A 4 サイズ 2 枚までとさせていただきます。）

西成区北西部のまちづくり等への貢献の提案

（自由記入形式で提出ください。A 4 サイズ 2 枚までとさせていただきます。）