　　　　　　　　　　　　　　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

ＴＥＬ

ＦＡＸ

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（複写可　１通）

（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）HACCPもしくは準ずる認証を受けたことが確認出来るもの（認定証の写し等）

　　　もしくはHACCPに準ずる対応を行っているものを証明できるもの

（９）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）

（10）生産物賠償責任保険又は製造物責任保険の写し

（11）災害等発生時の協力体制についての提案　　　様式（8）

（12）人材確保協力体制についての提案　様式（9）

様式（2）

**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） | □代表者  □構成員  (いずれかに○) |
| 設 立 年 月 目 |  | |
| 従 業 員 数 |  | |
| 資 本 金 |  | |
| 主な業務内容 |  | |
| 免 許・登 録  （ISO等） |  | |

様式(3)

**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  FAX　番　号 | |  |
| 資格審査結果等  連　　絡　　先 | |  |

様式(4)

**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 | 千円 |
| 年　　月　　日まで |
|  | 年　　月　　日から | 千円 |
| 年　　月　　日まで |
|  | 年　　月　　日から | 千円 |
| 年　　月　　日まで |
|  | 年　　月　　日から | 千円 |
| 年　　月　　日まで |
|  | 年　　月　　日から | 千円 |
| 年　　月　　日まで |

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。

様式(5)

**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。

様式(6)

**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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式(7)

**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　　目

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　保 健 所 長

様式（８）

災害等発生時の協力体制についての提案

（自由記入形式で提出ください。Ａ４サイズ２枚までとさせて頂きます。）

様式（9）

人材確保協力体制についての提案

（自由記入形式で提出ください。Ａ４サイズ２枚までとさせて頂きます。）