

事業所の職員の状況

事業所名		住所		
連絡先 (TEL)		担当者職・氏名		
職員・資格				
専門分野 (部署)	資格	人数	人数計	備考
		人	人	<p>1. 複数の分野を担当する職員については、最も専門とする担当分野を記入すること。</p> <p>2. 複数の資格を有する職員については、何れかひとつの資格保有者として取り扱うこと。</p>
合計			人	

事業所の主要業務及び類似業務の実績

業務名	発注者 (病床数/食数)	受注形態	業務の概要	
			受注時期	完了年月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月

※ 過去3年以内のものとし、病院への調理業務委託の導入実績等を中心に記載すること。2枚を限度とする。

委託業務の実施体制図（概要）

事業所の業務実績

事業所の業務実績（様式 3）に掲げた業務の概略図を添付し、その内容、コンセプトを簡潔に記載すること。調理業務の運営及び病院への導入実績を中心に記載すること。3 件を限度とする。（添付資料不可、1 件につき 1 枚を限度とする。）

業務名：

○内容

○コンセプト

受託責任者及び副受託責任者の経歴及び資格

分 担 氏名・年齢	実務 経験 年数	資 格	業 務 実 績			
			所 属 (病院名(病床数))	業 務 内 容	立 場	完 了 年 月
受託責任者 氏名 年齢 歳	年					年 月
						年 月
						年 月
副受託責任者 氏名 年齢 歳	年					年 月
						年 月
						年 月
氏名 年齢 歳	年					年 月
						年 月
						年 月
氏名 年齢 歳	年					年 月
						年 月
						年 月
備 考						
1. 複数の資格を有する職員については、そのすべてを記載すること。 2. 業務内容については、できるだけ詳細に記載すること。						

業務の実施方針

業務への取り組み体制、御社（チーム）の特徴、特に重視する提案上の配慮事項及びその他の全体業務上の問題点・配慮事項等を簡潔に記載すること。
（添付資料不可、2枚を限度とする。）

○業務への取り組み体制

○御社（チーム）の特徴

○特に重視する提案上の配慮事項

○その他の全体業務上の問題点・配慮事項等

要求に対する提案

要求仕様書 3 (1) から (11) の項目ごとの要求に対する提案を簡潔に記載すること。文章を補完するためのイラスト、概要図等は使用可。
(添付資料は不可、1項目につき2枚を限度とする。)

要求項目	()
------	-----

帳票一覧

要求仕様書 (7) において、独自のシステムを用いて運用を行う場合は、出力可能な帳票の一覧を記載すること。

また、業務上主に使用する様式について、見本 (A 4判) を添付すること。見本の添付は 5 件を限度とする。(枚数は 1 件につき 1 枚を限度する。)

見積金額

見積金額は項目ごとに詳細に記載して下さい。

※見積書の添付は可。文章を補完するためのイラスト、概要図の使用可。

見積金額（**税込**で記載すること）※現行の消費税率10%で計算すること。

(1) 食材費

①1食あたり

②R3. 4. 1～R4. 3. 31の年額

(2) 管理費（R3. 4. 1～R4. 3. 31の年額を明記すること）

①人件費

②その他経費

(3) 人件費内訳（上記(2)の①で記載の人件費の内訳について「配置人員」ごとに記載すること）

全体工程計画												
業務・工程区分	12月			1月			2月			3月		
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬

備 考

1. 業務区分はできるだけ詳細に区分すること。
2. 業務区分毎に、工程期間の範囲を矢印で表示すること。
3. 協力事業所に依存する部分は、（ ）により区分のうえ内書きとすること。

業務体制

従事者の配置計画（業務内容別）

全体の業務体制と配置人員を業務内容ごとに詳細に記入してください。

業務内容	配置予定職種	勤務形態別人数（人）			作業時間 （時間）	月間の標準的な業務内容及び作業時間の内訳
		常勤	非常勤	パート		
合計						

備考

1. 受託責任者及び副受託責任者は区分のうえ必ず記載すること。
2. 「配置予定職種」欄は、複数の職種を配置する場合は、そのすべての職種を雇用形態別に記載すること。
3. 「勤務形態別人数」欄について、時間制により雇用を予定する場合は、週40時間により換算した作業時間より人数（小数点以下1位）を記載すること。

令和 年 月 日

岩手県立中部病院長 様

住 所
電話番号
会 社 名
代表者名
(担当者名)

質 問 書

岩手県立東和病院給食業務委託に係るプロポーザルについて、次の項目を質問いたします。

質 問 事 項	回 答