様　式　１

令和　　年　　月　　日

市立ひらかた病院「売店等」運営事業者応募申請書

（あて先）

枚方市病院事業管理者

「市立ひらかた病院売店等運営事業者募集要項」に基づき、売店等の事業を実施したいので、

応募します。

（申請者）※ＪＶにおいては代表団体

所在地

法(個)人名(屋号)

代表者役職・氏名・押印(印鑑証明書と同一印)

代表

　　　　　　　　　　　 　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　担当者（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　連絡先　TEL（ 　 ) 　 －

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX（　　　） 　 －

※売店と職員食堂が別事業者の場合（ＪＶで応募する場合）に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ＪＶ（共同企業体）の構成員 | 所在地：  法(個)人名(屋号)：  代表者役職・氏名： |

会社の概要（直近年度の内容を記載してください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 創業日 | | 明・大・昭・平　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 資本金 | | 千円 | | 総資産額 | 千円 | |
| 業　種 | |  | | 従業員数 | 人 | |
| 年間売上額 | | 千円 | | 年間純利益 | 千円 | |
| 主要取引金融機関 | |  | | | | |
| 支店・支社・系列会社の名称・業種 | |  | | | | |
| 現在、病院で営業している売店の概要 | 営業先（病院名） | | 面積 | 営業期間 | | 所在地 |
|  | | ㎡ | ～ | |  |
|  | | ㎡ | ～ | |  |
|  | | ㎡ | ～ | |  |
|  | | ㎡ | ～ | |  |
|  | | ㎡ | ～ | |  |
| 現在、営業しているレストラン・食堂等の概要 | 店舗名 | | 面積  （席数） | 営業期間 | | 所在地 |
|  | | ㎡  （　　　） | ～ | |  |
|  | | ㎡  （　　　） | ～ | |  |
|  | | ㎡  （　　　） | ～ | |  |
|  | | ㎡  （　　　） | ～ | |  |
|  | | ㎡  （　　　） | ～ | |  |

※ＪＶ（共同企業体）の構成員についても、上記様式で会社概要を添付してください。

様　式　２

令和　　年　　月　　日

行政財産使用料提案書

(あて先)

　枚方市病院事業管理者

所在地

法(個)人名(屋号)

代表者役職・氏名・押印(印鑑証明書と同一印)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

市立ひらかた病院の一部（332.9㎡）「売店等」運営事業者の申し込みにつき、下記の金額で使用許可を申請します。なお、行政財産使用許可を受けたときは、下記の価格を毎年の開始日までに納入します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 価　格 | * 金額の頭に円マーク（￥）を記入してください。 * 下記①には１年間の使用料を記入してくだい。なお、本院が設定する最低使用料以上の金額を記入してください。 * 下記②には①×５の額を記入してください(５年間の使用料)。 | | | | | | | | | |
| ① | 億 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| ②  上記①×５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様　式　３

　　年　　月　　日

**市立ひらかた病院「売店等」営業企画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法(個)人名(屋号) |  |

1. 営業の基本コンセプト（基本方針）

　　　※売店等は病院内にあり、患者などの来院者や病院職員にサービスを提供することが求められていることを踏まえた上で、売店・待合エリア・職員食堂・自動販売機それぞれの出店のねらい・セールスポイント・特徴等について、具体的に記入してください。

1. 営業戦略と顧客サービス

※安定的な営業を図るための取組み、接遇向上に向けた従業員教育の取組みや苦情対応の仕方等について、狭隘な売店に来られる車いす客への対応を含め、具体的に記入してください。

1. 待合エリア（旧レストランスペース）における提供サービス

※レストランスペースを無料で利用できる飲食可能な待合エリアとして運営することに伴い、飲食物の提供・販売や自動販売機の設置など、患者・来院者等のサービス向上につながる取組みについて、衛生管理を含めて具体的に記入してください。

様　式　４

**誓　約　書**

私は、「市立ひらかた病院売店等運営事業者募集要項」のうち、「３．出店条件等（１）応募できる事業者」に定める、②から④の項目に該当しないことを誓約いたします。

なお、使用許可を受けた後、事実と相違することが判明した場合は、許可の取消しがあっても、異存はないものといたします。

　　年　　月　　日

枚方市病院事業管理者　様

応募者

所在地(住所)

法(個)人名(屋号)

代表者氏名・押印(印鑑証明書と同一印)

　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様　式　５

令和　　年　　月　　日

市立ひらかた病院売店等運営事業者応募に伴う質問書

|  |  |
| --- | --- |
| 法(個)人名(屋号) |  |

担当者名（　　　　　　　　　　　　　）

連絡先 TEL (　 ) －

FAX ( 　　　) －

質　問　事　項

|  |
| --- |
|  |

**質問書の受付**

**受付期間： 令和5年4月14日（金）～4月21日（金）正午**

**受付方法： メールで受付　　　メールアドレス：　bysoumu@city.hirakata.osaka.jp**

様　式　６

　　年　　月　　日

**行政財産使用許可申請書**

　（あて先）

　　枚方市病院事業管理者

所在地

法(個)人名(屋号)

代表者　役職・氏名・押印(印鑑証明書と同一印)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者（　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL (　 　) 　 －

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX ( 　　　) 　 －

下記、行政財産の使用を許可いただけますよう、市立ひらかた病院公有財産規程第８条第１項（１）に基づき申請します。

記

１．使用許可願いの行政財産

２．使用許可期間

３．使用目的