

様式1

令和 年 月 日

質 問 書

社会福祉法人三豊広域福祉会
理事長 佐伯 明浩 宛て

質問者 所在地
商号又は名称
代表者氏名

社会福祉法人三豊広域福祉会給食業務委託プロポーザル実施要項等に関して、下記のことについて質問します。

記

No.	書類(資料)名	項目番号及び項目	質問内容
1			
2			
3			

※必要に応じて追記すること。その際、番号は通し番号とすること。

社会福祉法人三豊広域福祉会給食業務委託に係る
参加表明書兼提案書類等提出書

社会福祉法人三豊広域福祉会
理事長 佐伯 明浩 宛て

(提 案 者)
所 在 地
商号又は名称
代表者氏名

㊟

(担 当 者)
所 在 地
所 属 部 署 名
職 氏 名
電 話 番 号
F A X 番 号

社会福祉法人三豊広域福祉会給食業務委託プロポーザル実施要項等に基づき、本ポーザルに参加することを表明するとともに、下記の提出書類を添えて申請します。

なお、この書類及び添付資料のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

【提出書類】

- 様式 3 受注実績申告書
- 様式 4 会社概要
- 様式 5 障害者施設の給食に対する基本的な考え方に関する提案書
- 様式 6 給食業務実施体制に関する提案書
- 様式 7 給食業務の円滑な運営に関する提案書
- 様式 8 衛生管理に関する提案書
- 様式 9 食材調達に関する提案書
- 様式 10 見積書
- 様式 10-2 見積金額内訳書

※ 提出書類は、原則としてA4版（縦置き）横書きとし、文字サイズは11ポイント以上とすること。なお、様式ごとの両面印刷とし、製本、ホッチキス止めの必要はありません。

※ 追加で資料の提出を求めた場合には、迅速に応じること。

様式3

受注実績申告書

令和 年 月 日

社会福祉法人三豊広域福祉会
理事長 佐伯 明浩 宛て

(申告者)
所在地
商号又は名称
代表者氏名

㊟

香川県内の障害者施設、高齢者施設又は医療施設の受注実績については、下記のとおりです。

記

	No. 1	No. 2
業務名称		
契約の相手方		
履行場所		
契約期間		
業務内容	(施設種類、年間提供食数、配置した従業員数など)	(施設種類、年間提供食数、配置した従業員数など)

※ 香川県内に本社または営業所を有すること。また、香川県内の障害者施設、高齢者施設又は医療施設において、平成31年4月1日から令和6年3月31日までに給食業務を継続して12か月以上にわたり元請けとして完了した実績を2契約記入すること。ただし、契約期間が異なるが履行場所が同一の契約は、1契約と見なす。

※ 上記契約に関する契約書の写し等、業務の履行場所、契約期間、具体的な受託業務の内容が確認できるものを添付すること。

様式4

会 社 概 要

商号又は名称		
代表者氏名		
設立年月日		
経歴・沿革		
資本金		
従業員	役員	名
	正社員	名
	パート・アルバイト等	名
本店所在地		
支店・営業所数		
県内の支店・営業所 (名称・所在地)		
業務内容		
経営方針		

※ パンフレット等の写しを添付すること。

※ 履歴事項全部証明書（提案書提出日から3か月以内に発行されたものに限る。）を添付すること。

様式5

障害者施設の給食に対する基本的な考え方に関する提案書

障害者施設の給食に対する基本的な考え方に関する説明として「給食業務遂行の基本方針」について、簡潔にまとめてください。

特に、食育への配慮や、障害者施設の給食に対する基本的な考え方及び安全・安心な給食の提供を図る上で、提案事業者が関与することが可能な提案を記載してください。

※ 全体で3枚以内をお願いします。

給食業務の円滑な運営に関する提案書

給食業務の円滑な運営に関する説明として、次について簡潔にまとめてください。

- 1 非常時における緊急対策（災害等によるライフラインの停止等）

- 2 調理室での事故防止対策（異物混入、誤配膳、火災、職員のケガ等）

- 3 不慮の出来事による管理栄養士不在時の臨時的対応

- 4 天災、異常気象等による急遽の食数変更への対応

- 5 利用者への個別対応、満足度向上のための対応

- 6 施設賠償、生産物賠償、食中毒賠償の加入状況

- 7 運営上のコスト削減の考え方

※ 全体で4枚以内をお願いします。

衛生管理に関する提案書

衛生管理（食中毒防止対策（感染症等を含む。））に関する説明として、次について簡潔にまとめてください。

- 1 衛生管理に対する考え方（HACCPも含めて）

- 2 衛生管理体制

- 3 衛生検査

- 4 職員の衛生レベル向上のための取組

- 5 食材の安全性確保のための取組（残留農薬検査、放射能検査等）
納入時に食材に問題があった場合の代替食材の確保の方法等についても記載してください。

※ 全体で4枚以内をお願いします。

食材調達に関する説明として、次について簡潔にまとめてください。また、土日、帰省期間等における食数の変動への対応についても記載してください。

1 食材の調達計画

2 乾物・食用油・調味料等の調達計画

3 加工品及び冷凍食品使用の考え方

※ 全体で**3**枚以内をお願いします。

様式10

見 積 書

- 1 件 名 社会福祉法人三豊広域福祉会給食業務委託
(委託期間：令和7年4月1日から令和10年3月31日まで)
- 2 見積金額（月額管理費） ¥

社会福祉法人三豊広域福祉会経理規程及びこれに基づく契約条件を承知のうえ、
見積りします。

令和 年 月 日

商号又は名称
所在地
代表者氏名

印

社会福祉法人三豊広域福祉会
理事長 佐伯 明浩 宛て

- 注意
- 1 月額管理費のみの見積金額を記載すること。
 - 2 金額は訂正しないこと。
 - 3 見積金額には、消費税及び地方消費税を含まないものとする。

見積金額内訳書

(単位：円)

項目		月額金額	摘要
人件費	基本給 各種手当 賞与 退職金引当 法定福利厚生費 法定外福利厚生費 計	管理栄養士 名 栄養士 名 調理師 名 その他 名 通勤 住居 その他	
保健衛生費	健康診断費 消耗品費 事務費 雑費 計		
各種経費	教育費 通信費 消耗品費 事務費 雑費 計		
営業費	会社運営費 その他 計		
合計（税抜き）			
参考額（年額）			
年間管理費（税抜き）			
消費税及び地方消費税			
年間合計（税込み）			

※「人件費・基本給」以外の項目は適宜修正すること。

※見積金額内訳は、月額なので必要に応じて年間経費等から按分して算出すること。

※合計（税抜き）欄の金額は、見積書に記載の見積金額（月額管理費）と一致すること。

※受託者が負担する内容については、「給食業務委託仕様書」を確認すること。

様式11

社会福祉法人三豊広域福祉会給食業務委託プロポーザル参加申込辞退書

令和 年 月 日

社会福祉法人三豊広域福祉会
理事長 佐伯 明浩 宛て

商号又は名称
所在地
代表者氏名

印

社会福祉法人三豊広域福祉会給食業務委託プロポーザル実施要項に基づき、参加表明書等を提出しましたが、都合により辞退します。