

応募申込書

令和 年 月 日

矢掛町病院事業管理者 殿

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者名

担当者 所属部署

氏 名

電 話

F A X

Eメールアドレス

矢掛町国民健康保険病院における売店運営事業者の選定について、次のとおり応募します。

添付書類

(1) 誓約書

(2) 企画提案書

(3) 事業者概要

(4) 添付書類 (住民票又は登記簿謄本、印鑑証明書、国税及び地方税に係る完納証明書、その他所定の書類)

誓約書

令和 年 月 日

矢掛町病院事業管理者 殿

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者名

矢掛町国民健康保険病院売店運営事業者（以下「事業者」という。）への応募にあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

- 1 . 矢掛町国民健康保険病院売店運営事業者募集要領の「応募条件」の要件を全て満たしています。
- 2 . 応募に際し提出した応募申込書その他の書類内容に虚偽又は不備はありません。
- 3 . 事業者に決定された場合には、企画提案書及び協定書等の内容に従い、誠実に履行します。

企画提案書

令和 年 月 日

矢掛町病院事業管理者

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者名

担当者 所属部署

氏 名

電 話

F A X

Eメールアドレス

矢掛町国民健康保険病院売店運営事業者選定に係る企画提案書を、別紙のとおり提出します。

事業者概要

氏名又は名称			
代表者名			
設立又は開業年月日			
沿革			
資本金			
従業員数	正社員		
	パート・アルバイト等		
本社(店)所在地 (営業所所在地)	矢掛町内に営業所がある場合、()に所在地を記載願います。 ()		
支店・店舗数	箇所(うち矢掛町内 箇所)		
業務内容			
他病院での事業実績			
施設名(病床数)	所在地	営業開始年月	自販機 設置台数

会社(店舗)のパンフレットがあれば添付してください。

矢掛病院 院内売店運営事業者募集 評価シート

評価項目		配点	提案内容評価基準
1	事業の実績	10	<ul style="list-style-type: none"> ・安定した経営状態か ・1年以上売店を運営した実績
2	店舗のイメージ・レイアウト・スケジュール	15	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者、高齢者、車椅子利用者等への配慮がなされているか ・病院のイメージと調和しているか ・運営開始までのスケジュールは妥当か
3	提供商品	20	<ul style="list-style-type: none"> ・取扱商品数、種類は妥当か ・売れ筋商品は確保されているか
4	利用者への配慮やニーズへの対応	20	<ul style="list-style-type: none"> ・来院者、入院患者および職員等が利用しやすい営業時間か ・自販機の設置内容は来院者、入院患者および職員等の利用に配慮されているか ・キャッシュレス決済等現金以外の支払方法に対応しているか
5	緊急時の対応	10	<ul style="list-style-type: none"> ・事故等による物流混乱への緊急対応 ・災害発生時などに業務が継続できる体制が確保されているか
6	従業員の確保・体制	10	<ul style="list-style-type: none"> ・運営開始までの従業員の確保方法 ・営業時間内の従業員の体制
7	安全防犯対策	10	<ul style="list-style-type: none"> ・クレーム発生時、不測事態等への対応方法 ・営業時、閉店時の防犯対策
8	その他 特記事項やアピールポイント	5	<ul style="list-style-type: none"> ・独自の運営方法等、アピールポイント
計		100	

矢掛町国民健康保険病院売店運営事業者選定に係る質疑書

令和 年 月 日

矢掛町病院事業管理者 殿

質問者

業者名

所属名・担当者名

Eメールアドレス

電話

FAX

項 目	質 疑 内 容