**（様式1）**

**年　　月　　日**

**プロポーザル参加申込書**

**大垣市民病院　開設者**

**大垣市長　小川　敏　様**

**参加申込者**

**住所又は所在地**

**名称**

**代表者　　　　　　　　　　　　　　　印**

**担　当　者**

**所属部署**

**氏名**

**電話**

**ＦＡＸ**

**電子メール**

**ール**

**私、○○○○は、「大垣市民病院コーヒーショップ運営事業者選定公募型プロポーザル」への参加を申込いたします。**

**添付書類**

**⑴　誓約書（様式2）**

**⑵　会社概要（様式3）**

**（様式2）**

**誓約書**

**令和　　年　　月　　日**

**大垣市民病院　開設者**

**大垣市長　小川　敏　様**

**参加申込者**

**住所又は所在地**

**名称**

**代表者　　　　　　　　　　　　印**

**貴院における「大垣市民病院コーヒーショップ運営事業者選定公募型プロポーザル」への参加にあたり、次の事項について誓約いたします。**

**記**

**1　「大垣市民病院コーヒーショップ運営事業者選定公募型プロポーザル実施要領」の要件を満たしています。**

**2　提出した参加申込書は、虚偽又は不正の事実はありません。**

**3　コーヒーショップ運営事業者に選定された場合には、誠実に運営いたします。**

**4　コーヒーショップ運営事業者に選定された場合には、当院ホームページ等に事業者名を掲載することに同意いたします。**

**（様式3）**

**会社概要**

|  |  |
| --- | --- |
| **①名称** |  |
| **②代表者** |  |
| **③設立年月日** |  |
| **④沿革 ※1** |  |
| **⑤資本金** |  |
| **⑥従業員数** | **正　社　員** |  |
| **非正社員等** |  |
| **⑦本社（本部）所在地** |  |
| **⑧店舗数（県内数）** |  |
| **⑨業務内容 ※1** |  |
| **⑩病院での事業実績（現在運営中の500床以上急性期病院の実績に限る。）** |
| **病院名** | **所在地** | **事業開始****年月日** | **事業期間** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**※1　④、⑨は別紙（任意様式）添付を可とします。**

**※2　会社のパンフレットがある場合は添付してください。**