（様式１）

プロポーザル参加申込書

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院

　　　　理事長　　大　平　敏　樹　　様

住　　所

名　　称

代 表 者

電話番号

地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院の売店運営者選定に係るプロポーザ

　ルに参加したいので申し込みます。

　　なお、応募資格を満たしていることを誓約します。

また、本件に係る情報は厳正に取り扱い、資料等は一切、他に漏らすことは

　いたしません。

（様式２）

地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院における売店運営に係る提案書

　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

１　事業者の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 | |  | | | 設立年月日 |  | | |
| 所在地 | |  | | | 代表者名 |  | | |
| （事業の概要等） | | | | | 資　本　金 |  | | |
|  | | | | | 従業員数 | （社　員） | | |
|  | | | | | （パート） | | |
|  | | | | | （　　　） | | |
|  | | | | | 決算概要 | 決算年月 　　令和　　年　　月 | | |
|  | | | | | 売上高 　　　　　千円 | | |
|  | | | | | 営業利益 　　　千円 | | |
|  | | | | | 当期純利益 　　　千円 | | |
|  | | | | | 担　当　者 | 部署 | | |
|  | | | | | 役職･氏名 | | |
|  | | | | | 連　絡　先 | ＴＥＬ | | |
|  | | | | | ＦＡＸ | | |
| 岐阜県内店舗数  （うち、直営店） | | | 県内店舗数 　 店舗  （うち、直営店　　　　　　　　店舗） | | | | | |
| 下呂市を担当する支社  ・営業所等の住所 | | |  | | | | | |
| 直　営　店　舗　の　状　況 | 県内店舗の名称 | | 所　　在　　地 | 営業種目 | 営業開始年月日 | | 店舗面積 | 従業員数 |
|  | |  |  |  | | ㎡ | (社員) 人  (ﾊﾟｰﾄ) 人  (　　) 人 |
|  | |  |  |  | | ㎡ | (社員) 人  (ﾊﾟｰﾄ) 人  (　　) 人 |
|  | |  |  |  | | ㎡ | (社員) 人  (ﾊﾟｰﾄ) 人  (　　) 人 |

２　運営計画の基本方針（任意様式により提案をお願いします。）

３　価格設定並びに具体的な運営方法（各項目について、任意様式により提案をお願いします。）

|  |
| --- |
| （１）営業日、営業時間  （２）店内レイアウト（略図等を添付して下さい）  （３）人員体制（配置人員、正職員又はアルバイトの区分、勤務時間帯等） |