

大垣市民病院院内コンビニ設置運營業務委託  
プロポーザル方式実施要領  
様式集

大垣市役所職員等共済会

第1号様式

年 月 日

大垣市役所職員等共済会会長 様

所 在 地  
商号又は名称  
代表者職氏名

プロポーザル提案意向申請書

令和6年10月1日付けで実施の公表がありました、次のプロポーザルに参加を希望するため、必要書類を添えて申請します。

なお、提案資格を有すること及びすべての記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

件名 大垣市民病院院内コンビニ設置運營業務委託

連絡担当者

所 属	
氏 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
電子メールアドレス	

第2号様式

会 社 概 要

項 目	内 容
所 在 地	
商号又は名称	
代表者職氏名	
資 本 金	
従 業 員 数	
設 立 年 月 日	西暦                      年                      月                      日
事 業 内 容	
年 間 売 上 金 額	
営 業 所 一 覧	
コ ン ビ ニ 運 営 数 (うち病院での運営数)	

※上記を含んだ既存のパンフレット等がある場合は、10部添付すること。

※枠は適宜調整して記入してください。なお、記入しきれない場合、別紙を添付することを認めます。

第3号様式

運 営 実 績

件 名			
病院名		契約年月日	
概 要	運営期間 病床数 特記事項		

件 名			
病院名		契約年月日	
概 要	運営期間 病床数 特記事項		

件 名			
病院名		契約年月日	
概 要	運営期間 病床数 特記事項		

件 名			
病院名		契約年月日	
概 要	運営期間 病床数 特記事項		

※令和3年度以降、1年以上継続して受託している病院内コンビニ運営の実績を記入すること。フランチャイズ契約に基づくフランチャイズ加盟者等のものは特記事項に「FC加盟者等」と記入すること。

※記入内容を確認するため、契約書等の写し及び業務の内容が分かる仕様書等の提出を求めることがある。

第4号様式

年 月 日

大垣市役所職員等共済会会長 様

所 在 地  
商号又は名称  
代表者職氏名

提案書

次の件について、提案書を提出します。

件名 大垣市民病院院内コンビニ設置運營業務委託

連絡担当者

所 属	
氏 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
電子メールアドレス	

第5号様式

年 月 日

大垣市役所職員等共済会会長 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名



### 提案価格見積書

大垣市民病院院内コンビニ設置運營業務委託プロポーザル方式実施要領による提案価格  
見積書を次のとおり提出します。

売上の	%
-----	---

注意 数字は、算用数字で記載してください。

第6号様式

年 月 日

大垣市役所職員等共済会会長 様

所 在 地  
商号又は名称  
代表者職氏名

参加辞退届

年 月 日付けで参加表明した公募型プロポーザル方式による大垣市民病院院内  
コンビニ設置運營業務委託の提案募集について、参加を辞退します。

辞退理由	
------	--

連絡担当者

所 属	
氏 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
電子メールアドレス	

大垣市役所職員等共済会会長 様

所 在 地  
商号又は名称  
代表者職氏名

質 問 書

大垣市民病院院内コンビニ設置運營業務委託に関し、以下のとおり質問書を提出します。

書類名・項番号	質問内容

※ この質疑書に記入の上、電子メール又はFAXにより送付してください。また、送信後は、速やかにその旨を電話にて連絡してください。

電子メール hukuri@city.ogaki.lg.jp

FAX 0584-81-4460

電 話 0584-81-4111 (内線2256)

連絡担当者

所 属	
氏 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
電子メールアドレス	