

第1号様式

(地産地消)

応募申込書

令和 年 月 日

県立延岡病院長 殿

申込人 住 所
氏 名
電 話

印

県立延岡病院における自動販売機設置者の募集について、募集要項の各条項を承知の上、下記のとおり申し込みます。

1 設置希望場所及び応募価格

物件番号	設置場所	応募価格（提案貸付料）							
		千万	百万	十万	万	千	百	十	円
8	1階救命救急センター 廊下（地産地消自販機）							0	0

(注1) 物件番号及び設置場所は、公募物件説明書に記載されたもののうち、設置を希望するものについて記入してください。

(注2) 応募価格は、年額とし、百円単位（税抜）で記入してください。なお、応募価格に（税抜）に消費税及び地方消費税（以下「消費税等」という。）相当額を加えて得た額をもって年額貸付料とします。ただし、貸付期間中に消費税等の税率が変動した場合は、県は変動後の税率を適用して、年額貸付料の増額を請求できるものとします。また、応募価格には、電気料は含みませんが、水道水を使用する場合は、水道料相当額を含めて記入してください。

(注3) 応募価格は、算用数字で記入し、初めの数字の頭に「¥」又は「金」を記入してください。

(注4) この応募申込書は、物件番号ごとに記入し、必要書類を添付してください。

第2号様式

(地産地消)

役員等一覧

法人名：

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日

(注1) 本様式には、法人登記簿謄本（現在事項全部証明書）に記載されている役員全員（現在就いている方）及び支店若しくは営業所を代表する方で、役員以外の方について記載してください。

(注2) 個人事業者の方は、「氏名」、「性別」、「生年月日」を記載してください。

(注3) 収集した個人情報については、契約締結事務等の本来の目的を達成するために使用することとし、
その他の目的のためには一切使用しません。

(地産地消)

第3号様式

誓 約 書

私は、県立延岡病院における自動販売機設置者の募集の申込みに当たり、次の事項を誓約します。

- 1 応募申込書の提出に際し、県立延岡病院自動販売機設置者募集要項の各条項について十分理解し、承知の上で申し込みます。
- 2 県立延岡病院自動販売機設置者募集要項「2 応募資格要件」に定める必要な資格を有します。

県立延岡病院長 殿

令和 年 月 日

申込人 住 所
氏 名
電 話

印

第4号様式

(地産地消)

販 売 品 目 一 覧

県立延岡病院自動販売機設置者募集要項「3 応募条件等 (2)才」に定める販売品目は、以下のとおりです。

物件番号	
------	--

メーカー名	商品名	規格 (内容量)	容器の 種類	標準小売 価格 (税込)円	販売小売 価格 (税込)円	県産飲料	備考
(記入例)							
○○食品 有限会社	○○○○○○ 野菜ジュース	500ml	ペット ボトル	150円	120円	○	
○○飲料 株式会社	○○○○○○ BLACK(コーヒー)	200ml	缶	120円	120円		ホット及び コール対応

(注1) 設置時に陳列する販売品目について記入してください。なお、設置後に販売品目を変更する場合は、県と協議の上、その指示に従ってください。

(注2) 商品名は具体的に記入するとともに、容器の種類欄には「缶、瓶、ペットボトル、紙パック等」の別を記入してください。

(注3) 募集要項に定める県産飲料をいずれか1種類以上、取り扱うように努めてください。県産飲料の欄には該当商品のみ「○」を記入してください。

なお、県産飲料の取扱いについて、別途資料を求める場合があります。

県立延岡病院長 殿

令和 年 月 日

申込人 住 所
氏 名
電 話

印

任意様式

(地産地消)

自動販売機設置業務管理運営実績

宮崎県立延岡病院自動販売機設置者募集要項「2 応募資格要件(5)」に定める管理運営実績は、以下のとおりです。

設置場所	設置期間
(記入例)	
○○市役所 本館 1 階	平成〇〇年 4 月 1 日～平成〇〇年 3 月 31 日

(注1) 応募申込書を提出する日以前で有する2年以上の実績を記入してください。

(注2) この様式は任意です。契約書等で当該実績が確認できる場合は、その写しでも構いません。

県立延岡病院長

殿

令和 年 月 日

申込人 住 所

氏 名

印

電 話