参加申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様

実施要領の各条項を遵守の上、大阪市立総合医療センターコーヒーショップ運営事業者への企画競争について、次のとおり参加したいので、資料を添えて申し込みます。

1 申込者

住所（所在地）

法人名（名称及び代表者氏名）

実印

電話番号

2 事務担当者

氏名

電話番号

メールアドレス

3 添付書類

参加申込書	様式1	1部	所定の用紙に必要事項を記入し、実印（登録印）を押印。カラーコピー等は不可。
誓約書	様式2	1部	
営業実績報告書	様式3	1部	
現在事項全部証明書	各種証明書 （発行後3か月以内のもの）	1部	（※）未納税額がないことの証明書。 ① 国税 法人税（その3）（令和6年度分） ② 法人市民税（事業年度で直近のもの） ③ 固定資産税・都市計画税（土地・家屋）（令和6年度分） 令和6年1月1日現在、大阪市内又は大阪市内に隣接する市に固定資産（土地・家屋）を所有していない場合は不要。
印鑑証明書		1部	
納税証明書（※）		各1部	
②及び③について、大阪市内に事務所を有しない場合で、大阪市内に隣接する複数の市に事務所を有する場合は、参加申込を行う事務所の所在地に係る当該市発行の証明書のみ。 また、大阪市内及び大阪市内に隣接する市にそれぞれ事務所を有する場合は、大阪市内発行の証明書のみ。 なお、大阪市内に複数の事務所を有する場合は、全市分を反映した証明書を提出すること。			
事業概要等	様式自由	各1部	① 会社概要（会社パンフレットなど、コーヒーショップ運営事業の実績について記載したもの又は売店営業事業の実態が判断できるもの） ② 直近の貸借対照表、損益計算書 ③ フランチャイズ方式で提案の場合、「3資格審査③」に記載の資料

誓 約 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様

住 所
(所在地)

法 人 名
(名称及び代表者氏名)

実印

大阪市立総合医療センターコーヒーショップ運営事業者への応募について、次に掲げる事項に相違ないことを誓約します。

記

- 1 参加申込書の提出に際し、「大阪市立総合医療センター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」及び「大阪市立総合医療センターコーヒーショップ運営事業に関する仕様書」について十分理解の上、申し込みます。
- 2 大阪市立総合医療センター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「3 参加資格」に定める必要な資格を有します。
- 3 コーヒーショップ運営事業者の決定に関して、大阪市民病院機構ホームページに事業者名及び決定賃料割合を掲載することに同意します。

営業実績報告書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様

住 所

(所在地)

法人名

(名称及び代表者氏名)

実印

大阪市立総合医療センターコーヒーショップ運営事業者選定の企画競争参加資格として、次のとおり報告します。

番号	施設名及び 店舗名	所 在 地	営業期間
記入例 1	〇〇医療センター	大阪府〇〇市〇〇町×番×号	平成〇年〇月～ 令和〇年〇月
記入例 2	〇〇病院	大阪市〇〇区〇〇×丁目×番 ×号	平成〇年〇月～ 現在も営業中

※ 1年以上継続して営業している店舗の実績を記入すること。(多数の場合は、5箇所まで記入すること。)

価格提案書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様住 所
(所在地)法 人 名
(名称及び代表者氏名)

実印

大阪市立総合医療センターコーヒーショップ運営事業に係る貸貸借料について、次の賃料割合（注1）で価格提案します。

賃料割合					%
------	--	--	--	--	---

【連絡先】 担当者氏名：
電話 番 号：
電子メールアドレス：

- (注1) 月ごとの売上金額（消費税及び地方消費税の額を含む。）のうち賃料割合に相当する金額を貸貸借料月額とする。賃料割合は小数点以下第一位まで記載すること。
※貸貸借料については、「大阪市立総合医療センター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」の記載内容を十分に確認すること。
- (注2) 印鑑は登録印（印鑑証明書と同一のもの）を押印すること。
- (注3) 連絡先を記入すること。

委 任 状

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様

(委任者)

住 所
(所在地)

法 人 名
(名称及び代表者氏名)

実印

記

次の者を代理人と定め、貴機構における大阪市立総合医療センターコーヒーショップ運営事業者選定への応募に付帯する一切の権限を委任します。

以上

(受任者)

住 所

氏 名

印