

応募申込書

令和6年 月 日

県立日南病院長 殿

申込人 住所
氏名 印
電話

県立日南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	+	円
								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(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。

役員等一覧

法人名： _____

役職名	(ふりがな) 氏名	性別	生年月日
		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。

誓 約 書

私は、県立日南病院における自動販売機設置者の募集の申込みにあたり、次の事項を誓約します。

- 1 応募申込書の提出に際し、県立日南病院における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 県立日南病院における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。

県立日南病院長 殿

令和6年 月 日

申込人 住所
氏名 印
電話

第4号様式

販 売 品 目 一 覧

県立日南病院における自動販売機設置者募集要項「3 公募条件等(2)オ」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)							
〇〇食品 有限会社	〇〇〇〇〇〇〇 野菜ジュース	500ml	ペット ボトル	150円	120円	○	
〇〇飲料 株式会社	〇〇〇〇〇〇〇 BLACK(コーヒー)	200ml	缶	120円	120円		ホット及び コールド [※] 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、ビン、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。

県立日南病院長 殿

令和6年 月 日

申込人 住所
氏名
電話

印

自動販売機の入替計画書

年 月 日

県立日南病院長 殿

設置者 住 所
氏 名
電 話

印

公募物件番号 番の自動販売機を、次の機器と入れ替えたいので計画書を提出します。
なお、新たに設置する自動販売機は、添付したカタログ等のとおり公募要領及び契約書の規定に適合した自動販売機であることを申し添えます。

1 借受物件の表示及び新たに設置する自動販売機の仕様等

県貸付条件		新たに設置する自動販売機の仕様等	
財産の名称		機種記号	
貸付箇所		機種寸法	面積 m ² (幅 m × 奥行 m)
貸付面積	m ² 以下	食品衛生法上必要な許可の	年 月まで
幅	cm以下	期限 ※	
奥行	cm以下	電気子メーター変更の有無	1 有 2 無

※許可の期限欄は、喫茶店営業許可等の許可が必要な場合のみ記載。

2 入替作業希望日

作業日程	年 月 日 (曜日)	時 分から約 分間
作業責任者	氏名	連絡先電話
使用車両番号		

【県記入欄】※設置者は記入しないでください。

年 月 日

設置者 名称
代表者

殿

県立日南病院長

自動販売機の入替計画受理票

公募物件番号 番の自動販売機入替は、計画書（機種番号 ）の内容で受理します。また、入替え作業日程等は、次の内容で受理します。

3 入替作業日程

作業日程	年 月 日 (曜日)	時 分から約 分間
作業責任者	氏名	連絡先電話
使用車両番号		

任意様式

自動販売機設置業務管理運営実績

県立日南病院における自動販売機設置者募集要項「2 応募資格要件(6)」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)	
〇〇市役所 本館1階	平成〇〇年4月1日～令和〇年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。

県立日南病院長 殿

令和6年 月 日

申込人 住所
氏名
電話

印