様式第１号

兵庫県立尼崎総合医療センター

カフェ運営事業者の選定に係る公募型プロポーザル参加申込書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県立尼崎総合医療センター　院長　平家　俊男　様

　　　　　　参加申込者　所在地（住所地）

　　　　　　　　　　　　商　号（屋号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

作成責任者　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

は、兵庫県立尼崎総合医療センター内の、カフェ運営事業者あの選定に係る、公募型プロポーザルに参加します。

　また、本書の提出に当たり、本書及び別紙事業概要の内容については事実と相違ないことを誓約します。

　なお、カフェの運営に必要な許認可等については、別紙写しのとおり既に取得済みであることを表明します。

別　　紙

１ 事業概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) 商号又は氏名 |  | | | | | | | |
| (2) 生年月日  又は設立年月 |  | | | | | | | |
| (3) 本社(店)所在地又は住所 |  | | | | | | | |
| (4) 事業種目 |  | | | | | | | |
| (5) 代表的店舗の状況  （病院内の出店実績がある場合、優先して記載してください。） | 店 舗 名 |  | | | | | | |
| 所 在 地 |  | | | | | | |
| 店舗面積 | ㎡ | | | 店舗開設日 | |  | |
| 取扱商品  (主な物) |  | | | | | | |
| 従業員数 | 正職員　　　　　人　パート等　　　　　人 | | | | | | |
| (6) 事業規模等 | 店舗数  (うち病院内店舗数) | | （　　　　　　　　　） | | | | | |
| 従業員数 | | 正職員　　　　人　　パート等　　　　人 | | | | | |
| 過去３年間の  売上高 | | 年度 | 百万円 | | | | |
| 年度 | 百万円 | | | | |
| 年度 | 百万円 | | | | |
| 過去３年間の  営業利益(損失)  ※損失の場合は  数字の前に△  印を書くこと | | 年度 | 百万円 | | | | |
| 年度 | 百万円 | | | | |
| 年度 | 百万円 | | | | |
| 資産・負債  の状況  （直近決算期） | | 流動資産 | 百万円 | | 流動負債 | | 百万円 |
| 固定資産 | 百万円 | | 固定負債 | | 百万円 |
| その他の資産 | 百万円 | | 資本の部　計 | | 百万円 |

※フランチャイジー（加盟店）として応募する場合、フランチャイザー（本部企業）の会社（業務）概要書も併せて提出し、サポート体制がわかる資料を添付してください。