

## 令和8年度兵庫県立こども病院弁当販売申込書

兵庫県立こども病院において、弁当販売を行いたいので、関係書類を添えて申し込みます。

令和    年    月    日

兵庫県立こども病院長    様

個人の場合は居住地 法人の場合は所在地 連      絡      先	(〒      —      )  (tel)
氏                      名 (法人名・代表者 名)	
設 立 年 月 日 又 は 生   年   月   日	
支店名・販売店名	
担   当   者   名 連      絡      先	(〒      —      )  (tel) (電子メール)

※ 提出書類（各1部）

- ① 販売申込書（様式1）
- ② 応募価格提案書（様式2）【別封筒に封入のこと】
- ③ 飲食店営業許可証（写し）
- ④ 誓約書（様式3）
- ⑤ 住民票記載事項証明書（法人の場合は法人登記簿（履歴事項全部証明書又は現在事項証明書））（令和7年12月17日以降に発行されたもの。コピー可。）
- ⑥ 国税及び兵庫県税の滞納がないことを証明する下記の証明書（令和7年12月17日以降に発行されたもの。コピー可）
  - ・ 国税は納税証明書（その3の2またはその3の3）
  - ・ 兵庫県税は納税証明書（3）
- ⑦ 役員一覧表（様式5）

} 両方必要

## 応 募 価 格 提 案 書

令和      年      月      日

兵庫県立こども病院長      様

住              所

(個人の場合は居住地・法人の場合は所在地)

氏              名

(法人名・代表者名)

担 当 者 名

電 子 メ ー ル

### 応募価格（提案使用料）

応募価格（提案使用料） （税込・年額）								
								円

兵庫県立こども病院が実施する弁当販売者募集について、募集要項の各条項を承知の上、上記の通り提案します。

- ※ 1    応募価格は、兵庫県立こども病院が設定する最低使用料（税込）以上の金額を記入してください。
- 2    金額はアラビア数字で記入してください。
- 3    初めの数字の頭に¥を記入してください。
- 4    金額の訂正は無効です。
- 5    記名押印がないものは無効です。
- 6    必ず封筒に封入のこと。

## 誓 約 書

私が、行政財産の使用の許可を受け、兵庫県立こども病院で弁当の販売を行うにあたっては、以下のとおり誓約します。

- 1 応募申込書の提出に際し、兵庫県立こども病院弁当販売者募集要項について十分理解し、承知の上で申し込み、参加します。
- 2 兵庫県立こども病院弁当販売者募集要項の「2 応募資格要件」に定める必要な資格を有します。
- 3 食品衛生法第 52 条第 2 号第 1 号から第 3 号までに該当していません。
- 4 食品衛生法を遵守し、適正に販売します。
- 5 暴力団排除条例（平成 22 年兵庫県条例第 35 号）第 2 条第 1 号に規定する暴力団、又は第 3 号に規定する暴力団員に該当しません。
- 6 暴力団排除条例施行規則（平成 23 年兵庫県公安委員会規則第 2 号）第 2 条各号に規定する暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者に該当しません。
- 7 上記の他、庁舎管理規則を遵守し、庁舎管理責任者の指示に従うこと

なお、この誓約に違反し、その他不正な行為等があった場合において、使用許可の取消をされても異議を申し立てません。

令和     年     月     日

兵庫県立こども病院長     様

住            所  
(個人の場合は居住地・法人の場合は所在地)  
氏            名  
(法人名・代表者名)  
担 当 者 名  
電子メール

## 価 格 提 案 辞 退 届

令和    年    月    日

兵庫県立こども病院長    様

住            所

(個人の場合は居住地・法人の場合は所在地 )

氏            名

(法人名・代表者名)

担 当 者 名

電 子 メ ー ル

兵庫県立こども病院弁当販売者の申込みをしましたが、都合により価格提案  
を辞退します。

## 役員一覧表

商号又は名称 (個人の場合にあっては、氏名)						
代 表 者						
所 在 地 (個人の場合にあっては居住地)						
役 職 名	氏 名	フリガナ	生年月日			
			元号	年	月	日
備 考						

※欄が足りない場合は適宜追加してください。