様式１

**和歌山県立医科大学附属病院売店運営事業者選定に係る**

**公募型プロポーザル参加表明書**

令和７年　　月　　日

　公立大学法人

和歌山県立医科大学理事長　様

和歌山県立医科大学附属病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加します。

　　　　　　住所

　　　　　　商号又は名称

　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 | |  |
| FAX番号 | |  |
| 電子メールアドレス | |  |

様式２

**実　績　調　書**

令和７年　　月　　日

　公立大学法人

和歌山県立医科大学理事長　様

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　和歌山県立医科大学附属病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加するにあたり、募集要項９（１）⑥に規定されている実績を下記のとおり有することを申告します。

なお、申告内容は事実と相違ないことを誓約します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 店舗名 | 店舗住所 | 業態 | 売場面積（㎡） | 営業開始年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| （例）○○○△△店 | 和歌山市△△  ○○○番地 | コンビニエンスストア | 100㎡ | 令和2年4月1日 |

※　最低１件記入してください。件数によってプロポーザル結果には影響ありません。

様式３

**役　員　等　一　覧**

住所

商号又は名称

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏名 | | 生年月日 | | | | 性別 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  姓 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  名 | 元号 | 年 | 月 | 日 | 男性：Ｍ  女性：Ｆ |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
|  | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |
| 代理人（定める場合） | （　　　　　） | （　　　　　） |  |  |  |  |  |

※　法人事業者の場合は、その法人の登記事項証明書に登載されている役員（監査役・評議員等を含む。）全員と登記事項証明書に登載されていなくてもそれに準ずる方がいる場合は、その方についても記入してください。

※　個人事業者の場合は、代表者本人について記入してください。

※　代理人（支店長等）を定める場合、代理人の欄に記入してください。

※　「元号」は、次のように記載してください。　大正：Ｔ　昭和：Ｓ　平成：Ｈ

※　記載しきれない場合は、複数枚作成してください。

※　この調書は、役員等が暴力団等に該当しないことを確認するために利用し、それ以外の目的に利用又は提供することはありません。

様式５

**質　問　書**

令和７年　　月　　日

　公立大学法人

和歌山県立医科大学理事長　様

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名

　和歌山県立医科大学附属病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザルについて、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

※　記載しきれない場合は複数枚作成してください。

（担当者）　住　　所

部　　署

氏　　名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式６

**和歌山県立医科大学附属病院売店運営事業者選定に係る**

**公募型プロポーザル参加辞退届出書**

令和７年　　月　　日

　公立大学法人

和歌山県立医科大学理事長　様

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　和歌山県立医科大学附属病院売店運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加表明しましたが、下記の理由により参加を辞退します。

記

【参加辞退理由】

（担当者）　住　　所

部　　署

氏　　名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ