（様式1）

平成２９年度白浜町配食サービス事業企画提案書

平成　　年　　月　　日

白浜町社会福祉協議会長あて

提出者

住所

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

平成２９年度白浜町配食サービス事業公募型企画提案について、次の書類を添えて申し込みます。

なお、添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

添付書類

（1）白浜町配食サービス事業実施に係る事項（様式2）

（2）法人の登記事項証明書（個人事業者の場合は、本籍地市町村長の発行する身分証明書）

（3）栄養士（又は管理栄養士）、調理師免許の写し

（4）栄養士（又は管理栄養士）、調理師の雇用通知書の写し

（5）法人税、消費税、地方消費税、市町税その他の租税の滞納がないことの証明書

提出担当者役職・氏名

連絡先

電話

FAX

E‐Mail

（様式2）

平成２９年度白浜町配食サービス事業実施に係る事項

1　配食サービス事業の実績・経験

|  |  |
| --- | --- |
| 調理実施の所在地 |  |
| （事業所における配食サービスの実績・経験について記載してください。） |

2　配達日について

|  |
| --- |
| （配食は昼食としますが、配達できる日又は配達できない日を詳細に記載してください。） |

※欄は、適宜調整してください。

3　配食サービス事業の職員配置・管理体制、研修等

|  |
| --- |
| （個人情報の取扱い、各種マニュアルの整備・研修、衛生管理（専用配送車・容器の形態等）、事故等の代替等の体制について記載してください。） |

4　調理・配達に係る作業工程

|  |
| --- |
| （調理・配達に係る作業工程（調理時間、配達時間等含む。）について記載してください。フローチャートで記載でも可。） |

※欄は、適宜調整してください。

5　調理・献立等における配慮・工夫

|  |
| --- |
| （調理・献立等における配慮・工夫について、また、刻み食の対応は可能かについて記載してください。） |

6　安否確認の方法

|  |
| --- |
| （安否確認の方法について記載してください。） |

※欄は、適宜調整してください。

7　1食当たりの単価

（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 経費の内容 | 金額 | 積算根拠 |
| 配食サービス事業 | 1.食材料費2.調理費3.その他経費（配達料など）4.消費税 |  |  |
|  | 合　　　　　計 |  |  |

注1）消費税及び地方消費税相当額を含んだ額を記載してください。

注2）経費については、1食当たりの単価（1ヶ月間の平均額）を設定し、記入してください。

注3）この表の合計額を1食当たりの提案額とみなします。

※欄は、適宜調整してください。

（様式3）

　記　入　例

審査用弁当「栄養価算定表」

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 献立名・食品名 | 使用量ｇ | エネルギーKcal | 食塩相当量ｇ | たんぱく質ｇ |
| ご飯 |  |  |  |  |
| ご飯 | 180 | 302 | 0 | 4.5 |
| 大根と豚肉の煮物 |  |  |  |  |
| 大根 | 50 | 9 | 0 | 0.3 |
| 豚バラ肉 | 20 | 87 | 0 | 2.7 |
| 大根　葉 | 5 | 1 | 0 | 0.1 |
| 人参 | 10 | 4 | 0 | 0.1 |
| ごま油 | 1 | 9 | 0 | 0 |
| 　塩 | 0.9 | 0 | 0.9 | 0 |
| もやしのカレー和え |  |  |  |  |
| もやし | 50 | 8 | 0 | 1 |
| 水菜 | 15 | 3 | 0 | 0.3 |
| 人参 | 10 | 4 | 0 | 0.1 |
| しょうゆ | 4 | 3 | 0.6 | 0.3 |
| カレー粉 | 0.1 | 0 | 0 | 0 |
| マーボなす |  |  |  |  |
| 厚揚げ | 25 | 38 | 0 | 2.7 |
| なす | 70 | 15 | 0 | 0.8 |
| ピーマン | 20 | 4 | 0 | 0.2 |
| たまねぎ | 20 | 7 | 0 | 0.2 |
| 豚ひき肉 | 30 | 66 | 0 | 5.6 |
| マーボ豆腐のもと | 20 | 24 | 0.7 | 0.8 |
| お浸し |  |  |  |  |
| ほうれん草 | 40 | 8 | 0 | 0.9 |
| しょうゆ | 4 | 3 | 0.6 | 0.3 |
| 削り節 | 0.1 | 0 | 0 | 0 |
| うぐいす豆甘煮 | 25 | 60 | 0 | 1.4 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

（様式3）

審査用弁当「栄養価算定表」

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 献立名・食品名 | 使用量ｇ | エネルギーKcal | 食塩相当量ｇ | たんぱく質ｇ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

注1）この表は、白浜町社会福祉協議会が指定する日に提出してください。

注2）この表は、審査用弁当の内容を記載してください。

※欄は、適宜調整してください。

（様式4）

白浜町配食サービス事業質問書

平成　年　月　日

|  |
| --- |
| （質問事項） |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 所属名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| E‐Mail |  |

※送付先

〒649-2324　白浜町十九渕274番地の１

　　　　　　社会福祉法人白浜町社会福祉協議会

FAX　　　　０７３９－４５－２７７７

E‐Mail 　　info@shirahama-syakyo.jp