(様式５)

令和５－７年度豊後大野市民病院

患者等の食事の提供業務提案書

令和　　年　　月　　日

会社名：

①会社概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本社所在地 | |  | | | |
| 独自の調理施設の有無と内容 | |  | | | |
| 当院を統括する支店等の所在地 | |  | | | |
| （以下、当院を統括する支店についてご記入ください） | | | | | |
| 統括地域 | |  | | | |
| 年間売上高 | |  | | | |
| 現在の給食業務受託件数 | | 医療施設 |  | | 件 |
| 福祉施設 |  | | 件 |
| その他の施設 |  | | 件 |
| 医療関連サービスマーク認定の状況 | |  | | | |
| 日本メディカル給食協会実施講習会参加の状況 | |  | | | |
| １日当り平均食数及び従業員数 | | | | | |
| １日当り平均食数 | | |  | | 食 |
| 職　　種 | 常勤職員数 | | パート職員数 | 計 | 人 |
| 管理栄養士 |  | |  |  | 人 |
| 栄養士 |  | |  |  | 人 |
| 調理師 |  | |  |  | 人 |
| 調理員 |  | |  |  | 人 |
| 事務職員 |  | |  |  | 人 |
| その他 |  | |  |  | 人 |
| 計 |  | |  |  | 人 |

注：常勤職員は1日の労働時間が6時間、週の労働時間が30時間を超える職員とし、パート職員はそれ以下の労働時間、労働する職員とする。

②受託業務実績（当院を統括する支店における現在の受託実績をご記入ください。）

（1）医療施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託施設名 | 所在地 | 病床数 | １日当りの延べ食数 | | | | | | 受託期間 |
| 普通食 | 特別食 | 外来  透析食 | 人間ドック食 | 院内保育食 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（2）福祉施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託施設名 | 所在地 | 施設規模 | １日当りの延べ食数 | | | | 受託期間 |
|  |  |  | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（3）その他の施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託施設名 | 所在地 | 施設規模 | １日当りの延べ食数 | | | | 受託期間 |
|  |  |  | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

③緊急事態対応

院内、院外における事故により受託業務の遂行が困難になった場合、その対応について記述願います（特に食中毒発生時、災害発生時において、食材確保・人員確保・本部との連携などの項目について、当院で実際に対応可能な内容を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

④過去５年間における事故（食中毒を含む）

　　　当院を統括する支店規模で記載願います。

|  |
| --- |
| （1）事故発生の有無  有　　無　　　該当するものを○で囲んでください。 |
| （2）事故の概要（上記（1）で有に○をした場合に記載してください。 |
| （3）事故防止対策（事故を未然に防ぐための方策を記載してください。） |

⑤患者給食における基本的な考え方

|  |
| --- |
|  |

⑥病院給食業務受託にあたっての基本方針

|  |
| --- |
|  |

⑦衛生管理

日頃から注意していることをご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

⑧食材調達

　　　食材の価格が高騰している昨今、食材費と使用食材との調整が難しいところだと存じます。当院は公立病院であり、地域経済に貢献するという役割もあることをご理解いただき、貴社の食材調達の考え方やその方法について記載してください。また使用食材の安全性については、どのようにお考えですか。

|  |
| --- |
|  |

⑨人員確保と人員配置計画

　　　当院の給食業務を受託するにあたっての人員の確保と配置の計画について記載願います。なお、当院としては少なくとも栄養士2名を配置して頂けるよう要望します。また、当院の調理員の確保について。当院を取り巻く状況は少子・高齢地域であり、今後ますます調理員の確保が難しくなることが予想されます。そういった中で人員確保の方向性及び採用者の教育体制について具体的に示してください。

|  |
| --- |
|  |

⑩メニュー計画

　　　貴社で考えているメニューについてお考えや具体的な献立の一例をお示しください。また、食事のマンネリ化に対する対応や、嚥下調整食学会分類2013や嚥下食ピラミッドに則した食事提供など、当院規模で実際に対応可能な内容についてもお示しください。

|  |
| --- |
|  |

⑪アピール

　　　審査委員にアピールしたいことがあれば、記載願います。

|  |
| --- |
|  |

⑫受託見積書（消費税別途）

|  |
| --- |
| 見積書については、以下の項目の記載があれば、貴社独自のものでも可とします。  １．年間管理費  　　　　　○○○○○○○円×１２カ月＝○○○○○○円  　　明細については、最低限、職種ごとの人員を明記し、⑨の人員配置計画と  整合性を保つこと。  ２．単価  　　　　・一般食　朝食　○○○円　　　　・ハーフ食　　朝食　○○○円  　　　　　　　　　昼食　○○○円　　　　　　　　　　　昼食　○○○円  　　　　　　　　　夕食　○○○円　　　　　　　　　　　夕食　○○○円  　　　　　　　　　合計　○○○円　　　　　　　　　　　合計　○○○円  　　　　・外来透析食　　○○○円　　　　・人間ドック食　　　○○○円  　　　　・院内保育食　　○○○円　　　　・付添食　　　　　　○○○円 |