

(様式1)

令和 年 月 日

徳島県立城南高等学校長 殿

提出者
住 所
名 称
代表者名
担当者名
連絡先電話
メールアドレス

企 画 提 案 書

徳島県立城南高等学校食堂運営事業者募集要項に基づき、企画提案書を提出します。

(様式2)

事業者概要

商号及び名称		
代表者名		
設立年月日		
経歴等		
資本金		
従業員	役員(又は個人事業主)	人
	正社員(又は専従者)	人
	パート・アルバイト等	人
本店所在地		
支店・営業所数		
業務内容		

業務実績

① 国及び地方公共団体の業務実績(別途一覧表の添付も可)

施設名等	営業期間	業務内容 (食堂・売店・弁当配送等)
施設名:	年 月から	
住 所:	年 月まで	
施設名:	年 月から	
住 所:	年 月まで	
施設名:	年 月から	
住 所:	年 月まで	

② その他の業務実績(別途一覧表の添付も可)

施設名等	営業期間	業務内容 (食堂・売店・弁当配送等)
施設名:	年 月から	
住 所:	年 月まで	
施設名:	年 月から	
住 所:	年 月まで	
施設名:	年 月から	
住 所:	年 月まで	

(様式3)

衛生管理体制（該当する項目・番号に○を付し、必要事項を記入願います）

①食品衛生責任者の配置計画	食品衛生責任者 人
②調理師免許等取得者の配置計画	調理業務従事者 人 (うち調理師免許取得者 人)
③食品衛生管理について	<ul style="list-style-type: none">・食中毒や異物混入防止の対策・従業員への衛生教育・研修計画・食中毒、アレルギー事故など発生時の対応について
③保健所の指導状況	これまでの食堂等運営実績において、 <ul style="list-style-type: none">1 保健所から衛生管理に関する指導を受けた実績はない。2 保健所から衛生管理に関する指導を受け、適切に対応した。 (保健所名： 、指導時期： 年 月 日)3 保健所から衛生管理に関する指導を受けたが未対応である。 (保健所名： 、指導時期： 年 月 日)
④食中毒の発生状況	過去5年間の食堂等運営実績において、 <ul style="list-style-type: none">1 食中毒は発生していない。2 食中毒が発生した実績がある。 (発生施設名： 、指導時期： 年 月 日)

(様式4)

食堂営業について

※必要に応じて別途説明資料を添付してください。

(該当する番号・項目に○を付し、必要事項を記入願います。)

①本校生徒に対して、どのような食事提供を行っていきたいか、食堂を営業するに当たっての基本的な考え方を記載してください。	
②様式5に記載した販売品目（メニュー）について、提供するメニューの構成をどのように考え設定したか、記載して下さい。	1 学校給食に準じた献立で対応。 (学校給食実地基準を踏まえ、独自献立により対応) 2 高校生に配慮した独自献立で対応。 3 他の事業所で実績のある独自献立で対応。 (高校生への配慮はしない)
③献立の提示	1 週単位 2 月単位 3 その他()
④生徒のニーズを把握する方法（複数回答可）	1 生徒を対象としたアンケートを実施（年回） 2 食堂内にアンケート用紙を設置 3 その他()
⑤営業開始時期について、いつから開始できるか、具体的な期日を記載して下さい。 ※午後の授業が開始される日 4月10日予定	
⑥上記以外に、御社の強みや付加価値などアピールしたいことがあれば、記載して下さい。	

(様式5)

販売品目