

【様式第1号】

令和 年 月 日

宮城県多賀城高等学校長 殿

(提出者)
住所
商号又は名称
代表者氏名
電話番号

企 画 提 案 書

宮城県多賀城高等学校売店運営事業者募集要項に基づき、企画提案書を提出
します。

【様式第 2 号】

1 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		

2 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： 住 所：	年 月から 年 月まで	
施設名： 住 所：	年 月から 年 月まで	
施設名： 住 所：	年 月から 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： 住 所：	年 月から 年 月まで	
施設名： 住 所：	年 月から 年 月まで	
施設名： 住 所：	年 月から 年 月まで	

【様式第3号】

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保健所の指導状況	<p>これまでの食堂の運営実績において、</p> <p>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。</p> <p>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）</p> <p>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）</p>
④食中毒の発生状況	<p>過去5年間の食堂等運営実績において、</p> <p>1 食中毒は発生していない。</p> <p>2 食中毒が発生した実績がある。 （発生施設名： _____ ，発生時期： ____年 ____月 ____日）</p>

4 食事の企画（該当する番号・項目に○を付し，必要事項を記入願います）

①献立	<p>1 学校給食に準じた献立で対応。 （学校給食実施基準を踏まえ，独自献立により対応）</p> <p>2 学校と調整し，高校生に配慮した独自献立で対応。</p> <p>3 他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）</p>
②献立の提示	<p>1 週単位</p> <p>2 月単位</p> <p>3 その他（ _____ ）</p>
③ニーズの把握	<p>生徒のニーズを把握する方法（複数回答可）</p> <p>1 生徒を対象としたアンケートを実施（年 ____回）</p> <p>2 食堂内にアンケート用紙を設置</p> <p>3 その他（ _____ ）</p>

