様式１

**公　募　参　加　表　明　書**

　　年　　月　　日

東久留米市長　あて

　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　東久留米市地区センター指定管理者の公募について参加を表明します。

（担　当）

所属・職名

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式２（第３条関係）

**指　　定　　申　　請　　書**

　　年　　月　　日

東久留米市長　あて

　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　指定管理者の指定を受けたいので、東久留米市公の施設の指定管理者の指定の手続等に関する条例第３条の規定により下記のとおり申請します。

記

１　施設の名称　　東久留米市地区センター

２　添付書類

（担　当）

所属・職名

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

様式３

**事業者の概要１**

（　　　　年　　月　　日現在）

（事業者用）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者　名 |  |
| 所　在　地 | 〒 | 電話番号 |  |
| 代　表　者 |  | FAX番号 |  |
| 設立年月日 | 　　　　　　　年　　　月 |
| 沿　革 |  |
| 業務内容 |  |
| 主な実績 |  |
| 財政状況（過去３年間について記入してください） | 年　　度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 |
| 総 収 入 |  |  |  |
| 総 支 出 |  |  |  |
| 当期損益 |  |  |  |
| 累積損益 |  |  |  |
| 連絡担当者 | 【氏名】　　　　　　　　　【所属】【電話】　　　　　　　　　【FAX】【E-mail】【住所】 |

様式４

**事業者の概要２**

（　　　　年　　月　　日現在）

（共同事業体用）　　　　　　　　　　　　　　　　　※構成事業者ごとに作成

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者　名 |  |
| 所　在　地 | 〒 | 電話番号 |  |
| 代　表　者 |  | FAX番号 |  |
| 設立年月日 | 　　　　　　　年　　　月 |
| 沿　革 |  |
| 業務内容 |  |
| 主な実績 |  |
| 財政状況（過去３年間について記入してください） | 年　　度 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 |
| 総 収 入 |  |  |  |
| 総 支 出 |  |  |  |
| 当期損益 |  |  |  |
| 累積損益 |  |  |  |
| 連絡担当者 | 【氏名】　　　　　　　　　【所属】【電話】　　　　　　　　　【FAX】【E-mail】【住所】 |

様式５

**共同事業体協定書兼委任状**

東久留米市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同事業体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　名 | 　東久留米市地区センター指定管理者 |

　上記件名の公募に参加するため、共同事業体を結成し、東久留米市との間における下記事項に関する権限を代表に委任して申請します。

　なお、当該件名の指定管理者に指定された場合は、各構成事業者は東久留米市地区センターの指定管理者としての業務の遂行に伴い、当共同事業体が負担する債務の履行に関し、連帯して責任を負います。

|  |  |
| --- | --- |
| 共同事業体の名称 |  |
| 共同事業体の代表者（受任者） | 所在地商号等代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 共同事業体事務所所在地 |  |
| 共同事業体の構成事業者（委任者） | 所在地商号等代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 所在地商号等代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 共同事業体の成立、解散の時期および委任期間 | 　年　　月　　日から当該指定管理者の指定終了　ヶ月を経過する日まで。ただし、当共同事業体が当該件名の指定管理者とならなかった場合はただちに解散します。また、当共同事業体の構成事業者の脱退又は除名については、事前に市の承認がなければこれを行うことができないものとします。 |
| 委任事項 | １．指定管理者の指定の申請に関する件　４．協定締結に関する件２．提案書の提出に関する件　　　５．経費の請求受領に関する件３．応募の辞退に関する件　　　　６．契約に関する件 |
| その他 | １．本協定書に基づく権利義務は他人に譲渡することはできません。２．本協定書に定めのない事項は、構成事業者全員により協議するものとします。 |
| 連絡担当者 | 【氏名】　　　　　　　　　【所属】【電話】　　　　　　　　　【FAX】【E-mail】【住所】 |

（備考）共同事業体の構成事業者の数が３事業者を上回る場合は、本様式を複写して使用してください。

様式６

**誓　　　約　　　書**

　　年　　月　　日

東久留米市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　東久留米市地区センターの指定管理者の申請に際し、下記を誓約します。

記

・地方自治法施行令第１６７条の４の規定に該当していないこと。

・東久留米市競争入札参加有資格者指名停止措置基準の規定に基づく指名停止の措置を受

けていないこと。

・国税（法人税、消費税等）または地方税（法人事業税、法人住民税等）を滞納していないこと。

・会社更生法第17条第１項による更生手続開始の申立て又は民事再生法第21条第１項による民事再生手続開始の申立てをするなど経営不振の状態でないこと

・地方自治法第９２条の２、同法第１４２条（同法第１６６条第２項で準用される場合を含む。）及び同法第１８０条の５に該当していないこと。

・選定委員会委員の属する事業者でないこと。

・地方自治法第２４４条の２第１１項の規定による指定の取消しを受けたことがある事業者でないこと。

・東久留米市契約における暴力団等排除措置要綱（平成25年東久留米市訓令乙第２号）による入札参加除外措置を現に受けていないこと。

・応募書類に虚偽の記載がないこと。

・本施設の指定期間に渡り、安定的に管理することの可能なノウハウ、実施体制、経営基盤等が確保されていること。

　なお、当該宣誓に違反があった場合には、それまで事業者が費やした費用を賠償することなく、選定手続きの事業者資格を市が一方的に剥奪する権利を有することに合意します。

様式７

**東久留米市地区センターの現地見学会参加申込書**

　　年　　月　　日

東久留米市

福祉保健部福祉総務課　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

　東久留米市地区センターに関する指定管理者の現地見学会（説明会を含む）への

参加を、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 参加者氏名 |  |
|  |

※この申込書は、令和7年5月28日（水）までに原則E-mailで提出してください。

※E-mail送信後に福祉総務課担当者までご連絡ください。

様式８

**東久留米市地区センターの指定管理者公募要項質問書**

　　年　　月　　日

東久留米市

福祉保健部福祉総務課　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 質問事項 |  |
| 公募要項 | (　　　) | ﾍﾟｰｼﾞ | (　　　) | 行目 |  |
| 様式 | 様式　 | (　　　) |  |  |
| 内容 |  |
| ２ | 質問事項 |  |
| 公募要項 | (　　　) | ﾍﾟｰｼﾞ | (　　　) | 行目 |  |
| 様式 | 様式　 | (　　　) |  |  |
| 内容 |  |
| ３ | 質問事項 |  |
| 公募要項 | (　　　) | ﾍﾟｰｼﾞ | (　　　) | 行目 |  |
| 様式 | 様式　 | (　　　) |  |  |
| 内容 |  |

事業者名　　　　　　　　　　　　　担当者名（フリガナ）

ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　　**E-mail**

※本質問書は、令和７年６月１７日（火）までに原則E-mailで提出してください。

※E-mail送信後に福祉総務課担当者までご連絡ください。

※**質問への回答は記載のメールアドレス宛に送信します。**

※質問事項の記載箇所が足りない場合は、適宜、枚数を追加してください。

様式９

**辞　　　退　　　届**

　　年　　月　　日

東久留米市

福祉保健部福祉総務課　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　下記施設の指定管理者の申請を辞退します。

記

１．　施設名　　　東久留米市地区センター

２．担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |