【別紙１】

令和　　年　　月　　日

支出負担行為担当官医政局長

迫井　正深　殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　印

救急医療業務実地修練事業に係る

公募内容等の条件を満たす旨の意思表示について

標記について応募したいので、その旨を表示します。 なお、下記記載の事項について相違ないことを申し添えます。

記

１　予算決算及び会計令第70条の規定に該当しません。

２　予算決算及び会計令第71条の規定に該当しません。

３　厚生労働省から業務等に関し指名停止を受けておりません。

４　令和01・02・03年度厚生労働省競争参加資格（全省庁統一資格）の「役務の提供等」において「Ｂ」、「Ｃ」又は「Ｄ」の等級に格付けされ、関東・甲信越地域の競争参加資格を有しています。

（担当者）

所属部署：

氏名：

TEL/FAX/e-mail：