（別紙様式１）

令和　　年　月　日

支出負担行為担当官

厚生労働省医薬･生活衛生局長　殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名

血液製剤使用適正化方策調査研究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

当社は、貴省が公募する血液製剤使用適正化方策調査について応募したいので、その旨を表示します。なお、当社は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． 当社は、予算決算及び会計令第70条の規定に該当しません。

２． 当社は、予算決算及び会計令第71条の規定に該当しません。

３． 当社は、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． 当社は、直近２年間に支払うべき社会保険料及び直近２保険年度に支払うべき労働保険料について一切滞納がありません。

５． その他:　本契約において求められる特殊な技術等（以下に掲げる条件を全て満たしていること）

（１）本調査の実施にあたり、血液法をはじめ関係法規・指針等及び医療現場における輸血業務・血液製剤の使用等に関する医療現場の実態に精通し、輸血業務に携わっている者（輸血部、血液内科、心臓血管外科等輸血に関連する診療科を専門とする医師及び検査技師）を適切な人数、充てることができること。

（２）納入する発表用資料は、下記に示す資料と同等以上であること。

　　　　 　※　令和３年度の血液製剤使用適正化方策調査研究事業について

（<https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26603.html>）

(担当者)

所属部署:

氏名:

TEL/FAX

E-mail