

【別紙1】

令和 年 月 日

支出負担行為担当官
佐原 康之 殿

所在地
商号又は名称
代表者氏名
印

疾病登録センター運営事業委託業務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4・5・6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「A」、「B」又は「C」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