

【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

小児慢性特定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