　　（別紙様式１）

令和　　年　　月　　日

支出負担行為担当官

厚生労働省医薬局長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者氏名 印

重篤副作用疾患別対応マニュアル整備事業一式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、貴省が公募する重篤副作用疾患別対応マニュアル整備事業一式について　　　応募したいので、その旨を意思表示します。なお、当社は下記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. 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）において、厚生労働省大臣官房会計課長から「役務の提供等」で「Ａ」、「Ｂ」又は「Ｃ」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。
5. 当社は、直近２年間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。
6. その他：以下の条件を満たしています。
7. 現行のマニュアルの内容を熟知し、その問題点等を把握していること。
8. 医薬品による重篤な副作用に係る最新の科学的知見を有すること。
9. 副作用疾患ごとの各領域の医療学術団体との協力関係を有し、本事業においてこれらを統括することが可能であること。
10. 全国の医療現場において当該マニュアルを活用する医療従事者の意見を汲み上げて、そのニーズに応えることが可能な体制を有していること。

（担当者）

所属部署：

氏名：

TEL/FAX：　　　　　　　　　 　　　　　　　　 E-mail：