

年 月 日

支出負担行為担当官

厚生労働省健康・生活衛生局長

大坪 寛子 殿

所在地

照合又は名称

代表者氏名

カネミ油症患者健康実態調査に係る相談支援等業務の
公募内容等を満たす旨の意思表示について

当社は、貴省が公募するカネミ油症患者健康実態調査に係る相談支援等業務
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、資格申請書等に虚偽の事実を記載しておりません。
- 5 当社は、経営の状況又は信用度が極端に悪化しておりません。
- 6 当社は、過去1年以内に、厚生労働省所管法令違反により行政処分等を受けておりません。
- 7 当社は、別添（写）のとおり、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」の等級に格付されております。

(担当者)

所属部署:

氏名:

TEL/FAX:

E-mail: