（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

所在地ああああああ

商号又は名称ああああああ

代表者氏名ああああ印

小児を対象とした医薬品の使用環境改善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、貴省が公募する小児を対象とした医薬品の使用環境改善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. 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：以下の条件を満たしています。
6. 複数施設から収集する小児の医薬品使用データ（傷病名、投薬情報、検体検査結果および患者の状態・症状など）を含む医療情報データベースを有すること。
7. 小児への診療や投薬等に関する十分な知見を有すること。
8. 医薬品に係る各種情報を収集、評価、検討する能力を有すること。
9. 製薬企業との協力関係が構築できていること。
10. 小児科医、小児科を有する医療機関の薬剤師等の専門家等により構成される評価検討会を実施可能であること。

　　　　　　　（担当者）

　 　 所属部署：

氏名：

TEL/FAX：

E-mail：