

【別紙】

平成 年 月 日

支出負担行為担当官

国立障害者リハビリテーションセンター

管理部長 難波 弘 殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

「AD変換システム一式購入」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、貴センターが公募する「AD変換システム一式購入」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、厚生労働省及び国立障害者リハビリテーションセンターから業
務等に関し指名停止を受けておりません。
- 4 当社が取り扱う<一製品名を記載のこと>は、本公募に係る公示に掲
げられた仕様・条件を満たす製品であることを証明いたします。
※ 仕様・条件を満たすことを確認できる資料等を添付して提出のこと。

(担当者)

所属部署：

氏 名：

TEL/FAX：

E-mail：