

【別添2】

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 小河 芳弘 殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

「携帯型脳波電極インピーダンス検査器」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「携帯型脳波電極インピーダンス検査器購入」  
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〈携帯型脳波電極インピーダンス検査器〉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：