

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

障害者用補助シート衝突試験委託業務に係る
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「障害者用補助シート衝突試験委託業務」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 本業務のすべてを実施します。

(担当者)

所属部署：

氏 名：

TEL/FAX：

E-mail：