

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 吉田 正則 殿

所在地  
商号又は名称  
代表者氏名  
印

「調剤支援システムの一部更新及び設定業務一式」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、貴センターが公募する「調剤支援システムの一部更新及び設定業務一式」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。

(担当者) 所属部署： 氏 名： TEL/FAX： E-mail：
---