

自己申告書

下記の内容について誓約いたします。

なお、この誓約書に虚偽があったことが判明した場合、又は報告すべき事項を報告しなかったことが判明した場合には、本契約を解除されるなど当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

- 1 厚生労働省から指名停止の措置を受けている期間中でないこと。
- 2 過去1年以内に、当社又はその役員若しくは使用人が、厚生労働省所管法令違反により行政処分を受け又は送検されていないこと。
- 3 契約締結後、当社又はその役員若しくは使用人が、厚生労働省所管法令違反により行政処分を受け又は送検された場合には、速やかに報告すること。
- 4 前記1から3について、本契約について当社が再委託を行った場合の再委託先についても同様であること。

令和 年 月 日

住所
商号又は名称
代表者氏名

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 殿

※代表者による押印は不要です。