【別紙１】

令和　　年　　月　　日

支出負担行為担当官

厚生労働省健康局長　　佐原　康之　殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名

令和４年度疾患罹患状況等に関する調査等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

　標記事業について応募したいので、その旨を表示します。

　なお、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　予算決算及び会計令第７０条の規定に該当しません。

２　予算決算及び会計令第７１条の規定に該当しません。

３　厚生労働省から業務等に関し指名停止を受けておりません。

４　別添（写）のとおり、令和１・２・３年度（平成３１・３２・３３年度）厚生労働省競争参加資格（全省庁統一資格）の「役務の提供等」において、「Ａ、Ｂ又はＣ」の等級に格付されております。

５ 資格審査申請書等に虚偽の事実を記載していません。

６　経営状況、信用度は極度に悪化していません。

７　直近２年間に支払うべき社会保険料（厚生年金保険、健康保険（全国健康保険協会管掌のもの）、船員保険及び国民年金の保険料をいう。）及び直近２保険年度に支払うべき労働保険料（労働者災害補償保険及び雇用保険の保険料をいう。）について、一切滞納はありません。

８　特殊な技術、設備等の条件を満たしています。

|  |
| --- |
| (担当者)  所属部署：  氏　　名：  TEL/FAX ：  Ｅ-mail ： |