令和　年　月　日

支出負担行為担当官

厚生労働省医薬局長　殿

所在地

商号又は名称

代表者氏名

特殊血液調査事業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、貴省が公募する特殊血液調査事業について応募したいので、その旨を意思表示します。なお、当社は下記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71条の規定に該当しません。
3. 当社は、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. 当社は、別添（写）のとおり、令和04・05・06年度厚生労働省競争参加資格（全省庁統一資格）において、厚生労働省大臣官房会計課長から「役務の提供」で「A」、「B」、「C」又は「D」の等級に格付けされ、関東・甲信越地域の競争参加資格を有しています。
5. 当社は、直近２年間支払うべき社会保険料及び直近２保険年度に支払うべき労働保険料について一切滞納がありません。
6. その他：以下の条件を満たしています。
7. 本事業の趣旨を十分理解し、十分な協力者を得ることが可能な者であること。
8. 本事業を行うに当たって、特殊血液調査班を置くことができ、下部組織として国内に最低１カ所以上の事務所を有し、輸血学に関し豊富な経験と知識を有する者を配置（兼任可）できること。
9. 協力者が医療事故や副作用等を被った場合に備え、医療保険等による補償体制を確保できること。

（担当者）

　　　　所属部署：

氏名：

TEL/FAX

E-mail