

【別紙】

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 難波 弘 殿

所在地  
商号又は名称  
代表者氏名 印

盲ろう者宿泊型訓練モデル事業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

貴センターが公募する標記業務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、平成22・23・24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、「B」、「C」又は「D」の等級に格付されています。
- 5 本事業の全部を実施します。

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