別紙１

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

誘発反応記録装置一式の購入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「誘発反応記録装置一式の購入」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。
４　当社は、別添（写）のとおり、平成２８・２９・３０年度厚生労働省競争参加資格（全省庁統一資格）の「物品の販売」において、等級を格付されております。
５　当社が取り扱う＜誘発反応記録装置一式＞は、本公募に係る公示に掲げられた仕様・条件を満たす製品であることを証明いたします。

納入予定物品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(担当者)
所属部署：
氏　　名：
TEL/FAX　：
Ｅ-mail　：