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

床反力計測システムの一部更新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「床反力計測システムの一部更新」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＜床反力計測システム一式＞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　：