

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

「障害者総合支援法対応障がい者福祉システム一式の更新」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「障害者総合支援法対応障がい者福祉システム一式の更新」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 当社は、セキュリティに関する認証（ISMS及びプライバシーマーク）を取得しております。
- 6 当社が取り扱う＜障害者総合支援法対応障がい者福祉システム一式＞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：
---