

支出負担行為担当官

愛知労働局総務部長 佐藤 広道 殿

所在地

名称

代表者名

印

健康管理手帳所持者又は船員健康管理手帳所持者に対する健康診断事業
に係る公募内容の条件を満たす旨の意思表示について

当 は、貴局が公募する健康管理手帳所持者又は船員健康管理手帳所持者に対する健康診断のうち、 業務に従事していた者に対する健康診断事業に応募したいので、その旨を表示します。なお、当団体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 当団体は、予算決算及び会計令第70条の規定に該当する者ではありません。
- 2 当団体は、予算決算及び会計令第71条の規定に該当する者ではありません。
- 3 当団体は、愛知労働局から業務等に関し指名停止を受けておりません。
- 4 当団体は、社会保険等（厚生年金保険、健康保険（全国健康保険協会が管掌するもの）、船員保険、国民年金、労働者災害補償保険及び雇用保険をいう。）に加入し、該当する制度の直近2年間（労働者災害補償保険及び雇用保険については2保険年度）の保険料の滞納はありません。

5 その他

「特殊な技術等の条件」を満たすことを証明できる書面等（例：医師の医師免許証・認定証・研修修了証等の写し、臨床検査技師免許証等の写し、機械器具の存在及び使用状況等を示す文書（写しで可）・写真等）添付

(担当者)

氏名

TEL

FAX