様式２

参　加　表　明　書

（業務名）群馬県立がんセンター医事業務等委託

　標記業務のプロポーザル方式による提案書の募集について、必要な資格要件を満たすことを証する資料を添付し、参加の希望を表明します。

　なお、本書及び添付書類の記載事項は事実と相違ないこと並びに下記事項を満たす者であることを誓約します。

1. 過去５年間に日本国内の一般病床３００床以上の病院において、診療報酬請求事務を含む医事業務を実施し、３年以上の受託実績を有する者。
2. 群馬県内に本店・支店・営業所等の拠点を置く者。
3. 地方自治法施行令（昭和22 年政令第16 号）第167 条の４第１項の規定に該当しない者であること。
4. 銀行取引停止処分を受けていない者であること。
5. 会社更生法（平成14 年法律第154 号）又は民事再生法（平成11 年法律第225 号）に基づき、更正手続開始又は再生手続開始（以下「手続開始」という。）の申立てをしていない者であること。
6. 群馬県の物品の購入等に係る有資格業者指名停止等措置要領に基づく指名停止を受けていない者であること。
7. 群馬県暴力団排除条例（平成22 年群馬県条例第51 号）第２条に規定する暴力団員又は暴力団と密接な関係を有する者に該当しないこと。

　　年　　月　　日

　群馬立がんセンター院長 様

（参加表明者）

住所

提出者名

代表者（職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　（担当連絡先）

　　　（電話番号）