様式１

参　加　申　込　書

　　年　　月　　日

　公益財団法人　東京都医学総合研究所　副理事長　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

（個人にあっては住所、氏名）

下記業務委託のプロポーザルに参加したいので、参加を申し込みます。

なお、参加に当たって以下２のとおり誓約いたします。

記

１　対象業務名

　　公益財団法人東京都医学総合研究所　給与計算処理に係る導入及び運用業務委託

２　誓約事項

（１）プロポーザル実施要領５参加資格（１）から（６）のいずれにも該当しないこと。

（２）本プロポーザルへの参加及び契約に係る業務の遂行にあたり、暴力団等から不当な要求を受けたときは、遅滞なく発注者に報告するとともに、所轄の警察署に届けること。

（３）この誓約が虚偽であったことが判明した場合又はこの誓約書に反した場合は当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てないこと。

【連絡先】　担当者所属

氏　名

　　　　　　電　話

　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　メール

　　　　　　　（※本案件の連絡用メールアドレスを必ず記載すること）