（様式１）

参　加　表　明　書

　　年　　月　　日

公益財団法人豊田地域医療センター

理事長　宮　川　秀　一　　様

（提出者）住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

下記に掲げる条件をすべて満たしており、豊田地域医療センター医療事務等業務に係る公募型プロポーザルへ参加します。

記

1. 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立て及び民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立てがなされていないこと。
2. 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号から第4号まで又は第6号の規定に該当しない者であること。
3. 豊田市指名停止要綱による指名停止処分又はこれに準ずる措置を受けていないこと。
4. 事業者の実績として、愛知県内において2022年4月1日現在で、当院と同等規模以上の病院であって、入院、入院外の医療費計算及び診療報酬請求事務を同時に業務委託されていること。
5. 仕様書に基づく業務を行うことができること。（契約締結後から本事業に関する準備を開始し、病院が指定する期日より医療事務等業務の運営が可能な体制を構築すること。）