

参 加 申 請 書

熊本県後期高齢者医療広域連合が実施する後期高齢者医療制度周知用パンフレット・リーフレット作成業務の公募に提案書類を添えて参加を申請します。

平成 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 大西 一史 様

(提案者)

〒

住所

商号又は名称

代表者

⑩

(連絡先担当者)

所属

氏名

TEL

FAX

E-mail

別紙様式2

会社概要調書

フリガナ	
商号又は名称	
設立年月日	

1. 本社

所在地	〒		
代表者職・氏名			
電話番号		FAX番号	

総従業員数			
総事業所数			
熊本県内の事業所の有無	本社 有・無	支社・支店	有・無
資本金			
主な事業内容			

2. 連絡先

所在地	〒		
所属部署名		担当者氏名	
電話番号		FAX番号	
E-mail			

役員等名簿及び照会承諾書

平成 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 大西 一史 様

住 所
商号又は名称
代表者 印

下記の役員等名簿に相違ないことを誓約するとともに、この名簿に記載した者について、熊本県後期高齢者医療広域連合が締結する契約等からの暴力団等排除に伴い熊本県警察本部に照会することを承諾します。

役 職	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	住 所

- ※ 記載する前に、裏面の注意事項をお読みください。
- ※ 本承諾書の作成にあたっては、裏面（別紙様式3）を両面印刷すること。

(別紙様式 3 裏面)

【注意事項】

- 1 氏名、住所等、この書面に記載されたすべての個人情報、熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年条例第20号）の規定に基づいて取り扱うものとし、熊本県後期高齢者医療広域連合が締結する契約等からの暴力団等排除のための措置以外の目的には使用しません。

熊本県後期高齢者医療広域連合がこれらの情報をもとに熊本県警察本部（以下「警察本部」といいます。）から取得した個人情報についても同様です。

また、警察本部は熊本県個人情報保護条例（平成12年熊本県条例第56号）の実施機関と定められています。

- 2 この書面には、次に該当する者を記載してください。なお、氏名は、正確な字体で記載してください。
- (1) 株式会社（特例有限会社を含む。）については、取締役（代表取締役を含む）及び執行役（代表執行役を含む）
 - (2) 合名会社又は合同会社については、社員
 - (3) 合資会社については、無限責任社員
 - (4) 社団法人又は財団法人については、理事
 - (5) (1) から (4) までに掲げる法人以外の法人については、(1) から (4) までに掲げる役職に相当する地位にある者
 - (6) 法人格を有しない団体については、代表者及び団体の規約において重要な意思決定に直接関与することとされる者
 - (7) 個人については、その者
 - (8) 次に該当する場合は、(1) から (7) に掲げる者のほか、次の者
 - ア 支配人をおく場合は、支配人
 - イ 支店長又は営業所長その他の者に契約事務を委任する場合は、支店長又は営業所長その他の者
 - (9) 当該法人が会社更生手続又は民事再生手続中である場合は、(1) から (8) までに掲げる者のほか、管財人
- 3 この書面の記載に当たっては、対象者すべての同意を得てください。