**川崎市歯っぴーファミリー健診事業**

**協賛品等申込書**

年　　　月　　　日

（宛先）川 崎 市 長

（申込者）　住所

　　　　　団体名

　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　川崎市歯っぴーファミリー健診事業の趣旨に賛同し、次のとおり協賛を申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | 担当者住所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  | ﾒｰﾙ |  |
| 業種 |  |
| 類似事業実績 |  |
| 協賛品内容（健康づくりにつながる特徴）※別紙企画書等の提出でも構いません。 |  |
| その他アピールする点 |  |
| 申込者に係る申出事項 | ・川崎市歯っぴーファミリー健診事業協賛企業等募集要綱をはじめとする関係規定を遵守します。・川崎市税の滞納はありません。・契約を締結する能力を有しており、破産者で復権を得ない者ではありません。・地方自治法施行令第１６７条の４第２項の各号のいずれかに該当し、２年を経過しない者及びその者を代理人、支配人その他の使用人又は入札代理人として使用する者ではありません。・川崎市競争入札参加資格者指名停止等要綱に基づく指名停止措置を受けていません。・川崎市暴力団排除条例第２条及び第７条に規定する者ではありません。また、そのことを確認するため、川崎市が本様式及び役員等氏名一覧表及び同意書に記載された個人情報を神奈川県警察本部に照会することについて同意します。 |