

記 載 要 領

① 公募申請書（１通）に御記載ください。【押印は不要です】

- ・医療機関（医療法で定められた医療提供施設）の、住所又は事務所所在地、商号又は名称、代表者の職・氏名、及び表面の宛名欄の下段に記載している医療機関番号を記載してください。
- ・この契約に関する御担当者の担当部署名・氏名・連絡先（直通電話番号、直通電話がない場合は代表電話）を御記載ください。

② 業務委託契約書（同じもの２通）に御記載ください。【代表者印を２通に押印してください】

- ・受注者欄に、住所又は事務所所在地、商号又は名称、代表者の職・氏名を記載してください。
- ・収入印紙は不要です。
- ・代表者印にスタンプ印（いわゆるシャチハタ印）は不可です。
- ・契約者が法人の場合、法人登記されている印鑑「法人代表者印」（または、代表者より契約権限を委任されている受任者の印）を押印してください。

③ 誓約書（１通）に御記載ください。【押印は不要です】

- ・誓約書の裏面にて、大阪市暴力団排除条例（抜粋）、大阪市暴力団排除条例施行規則（抜粋）を御確認ください。
- ・契約相手方が国若しくは地方公共団体その他公共団体又は本市の外郭団体である場合、提出は不要です。（例：共済組合、健康保険組合、独立行政法人、公立・国立大学法人、造営物法人等）
- ・業務委託契約書に記載された、住所又は事務所所在地、商号又は名称を記載してください。代表者の氏名、代表者の生年月日については 受任者が契約者の場合、業務委託契約書に記載された代表者とは、異なることから、下記の記載例を参考にしてください。

事 例	代表者の氏名	生年月日	受任者
契約者が、法人の代表者（理事長等）の場合	法人の代表者（理事長等）	法人の代表者（理事長等）	記載不要
契約者が、法人の代表者から契約権限を委任されている受任者（病院長等）の場合	法人の代表者（理事長等）	法人の代表者（理事長等）	契約書に記載された病院長等の氏名
契約者が、法人格のない代表者（院長等）の場合	法人格のない代表者（院長等）	法人格のない代表者（院長等）	記載不要

④ 同封している封筒に、公募申請書、業務委託契約書、誓約書を封入封緘し、切手を貼って御提出いただくか、公害診療報酬の請求公害診療報酬の請求と一緒に御提出ください。

【提出先】〒545-8515 大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 あべのメディックス 10 階

大阪市保健所管理課審査・給付グループ