

令和8年度大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）公募申請書

年 月 日

大阪市健康局長 様

申請者住所

申請者氏名印

電 話

連絡先電子メール

（個人申請の場合は、自宅住所、氏名を記入
法人申請の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職・氏名を記入）

令和8年度大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）にかかる事業者の公募に参加したいので、次のとおり申請します。

記

1 誓約事項

次の事項について、事実と相違ないこと及び遺漏なく実施することを誓約します。

- (1) 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当していないこと
- (2) 最近1年間において消費税及び地方消費税、法人市民税及び固定資産税を完納していること
※大阪市に納税義務を有しない場合は本店又は主たる営業所の所在地おける市町村民税及び固定資産税を完納していること
- (3) 薬局開設許可申請書を本市に提出し、許可を受けていること
- (4) 募集要項における「令和8年度大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）仕様書」に基づいて、業務を実施すること

2 添付書類

様式第1号 別添「薬局一覧」

3 業務責任者

契約書第19条に定める業務責任者

氏名

連絡先（電話番号）

様式第1号 別添 【記入例】

○薬局一覧（薬局の数に応じて適宜欄を増やしてください）

整理番号	薬局名	薬局住所	薬局電話番号	開設者名	開設者住所
1	〇〇薬局	阿倍野区××1-1-1	06-6647-●●●● ●	△△ △△	阿倍野区×× 1-1-1
2	□□薬局〇〇店	天王寺区××2-2-2	06-6647-■ ■ ■ ■ ■	株式会社□□□ 代表取締役 〇〇 〇〇	淀川区××3-3-3