（別添様式第２号）

申　　　告　　　書

（保育施設における欠席連絡（感染症情報）のデータ連携機能提供業務）

令和　　年　　月　　日

　群馬県知事　あて

 　 　主たる事務所の所在地

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　保育施設における欠席連絡（感染症情報）のデータ連携機能提供業務企画提案募集への応募に当たり、当事業者等又は代表者が、「保育施設における欠席連絡（感染症情報）のデータ連携機能提供業務企画提案募集要項」２の（１）に定める欠格事項に該当しないことを申告します。