

(様式 1)

再委託承認申請書

令和 年 月 日

沖縄県衛生環境研究所長 殿

住所

企業(団体)名

代表者(職氏名)

印

以下の契約に係る業務について再委託を行う必要がありますので、承認くださいますようお願いいたします。

契 約 件 名	
契 約 金 額	円
契 約 年 月 日	令和 年 月 日
履 行 期 限	令和 年 月 日
再委託を予定 する 業 務	
再委託予定額	円
再 委 託 先	企業(団体)名 代表者(職氏名) 住所 連絡先(電話) (メール)
再委託予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
再委託の必要性	
再委託先選定理由	
再 委 託 先 の 適 格 性 ※	業務履行に必要な人員・技術・設備等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 期間内の適正な業務履行の確保 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 指名停止措置を受けている者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 本件契約の競争入札参加者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 暴力団員に該当する者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 暴力団と密接な関係を有する者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当

※「再委託先の適格性」については、申請者が確認のうえを記入すること