保守体制証明書

平成　　年　　月　　日

沖縄県国民健康保険団体連合会　理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称又は商号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印

　「医療費助成事業システム機器の調達」について迅速な保守を行うため、下記のとおり保守体制を整備していることを証明します。

記

１　保守業者名：

２　保守拠点所在地：

３　保守対応人数：

４　保守手段

　①窓口受付時間：（平日）

　　　　　　　　 （休日）

　②障害発生時の対応：

　③その他特筆事項：