（別記様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

加西病院事業管理者　　生田　肇　様

（所在地）

住　所

（受注者）

氏　名

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

誓　約　書

プロポーザル参加申請を行うにあたり、地方自治法施行令第167条の４の規定に基づく資格制限に該当しないこと、及び募集要領に定められた資格要件を満たしていることを誓約いたします。