（別記様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

加西市病院事業管理者　　様

（所在地）

住　所

（受注者）

氏　名

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

入札参加資格者名簿登録についての誓約書

　業　務　名　：　市立加西病院医業未収金回収業務委託

公募型プロポーザル参加申込を行うにあたり、所定の期日までに加西市財務規則（昭和42年規則第40号）第105条第２項に規定する入札参加資格者名簿に登録することを誓約いたします。