

【様式2】

受付番号	
------	--

誓約書

令和 年 月 日

沖縄県立八重山病院 院長 篠崎 裕子 殿

申込者：会社名

住所

代表者名

印

「沖縄県立八重山病院旧施設残置品分別業務」プロポーザル実施要領に基づき、事業者選定にかかる公募に参加するにあたり、下記の事項を誓約します。

記

1. 「沖縄県立八重山病院旧病院残置品分別業務」プロポーザル実施要領「5. プロポーザル参加資格」の要件を満たしています。
2. 提出したプロポーザル参加申請書・関係資料に虚偽または不正はありません。
3. 「沖縄県立八重山病院旧施設残置品分別業務」プロポーザル実施要領の内容をすべて承知の上で公募に参加致します。