

【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 祐子 あて

申込者：会社名

住所

代表者名

印

沖縄県立八重山病院入院セット事業運営事業者の選定に係る公募型プロポーザルに基づき、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入院セット事業運営事業者の選定に係る公募型プロポーザル実施要領「4. 参加資格要件」を満たしています。
2. 提出したプロポーザル参加申請書・提案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入院セット事業運営事業者の選定に係る公募型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。