誓　約　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）高松市病院事業管理者

（提案者）

(法人にあっては、所在地)

商号又は名称

 代表者氏名 　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（事務連絡責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　　　　　　　署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メールアドレス

　「高松市立みんなの病院人間ドック昼食提供業務委託募集要項」に基づき、提案者の資格の全てに反していないことを誓約します。