様式第３号

誓　　約　　書

令和　　　年　　月　　日

松江市病院事業管理者

病院長　久留　一郎　　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　松江市立病院医事業務委託プロポーザルへの参加にあたり、下記の事項について事実に相違ありません。

　なお、提出書類については、事実に相違することが明らかになったときは、参加資格を一方的

に破棄されても異議ありません。

記

１　松江市立病院医事業務委託プロポーザル実施要領の「５　参加資格」の要件を満たしています。

２　提出した提案書に虚偽または不正はありません。

３　受託者に選定された場合には、提案書に記載した内容を誠実に実行します。