様式第２号関係別紙

令和　　年　　月　　日

組合立諏訪中央病院　組合長　今井　敦　様

プロポーザル参加資格に関する誓約書

諏訪中央病院外来医療事務業務委託業務に関する公募型プロポーザルに参加するに当たり、プロポーザル実施要領に規定する参加資格を有し、また、記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

住所：
商業又は名称：
代表者職氏名：
担当者氏名：
電話番号：
メールアドレス：

※押印は不要です。