

(様式第2号)

誓約書

令和 年 月 日

公立朝来医療センター
病院長 木山 佳明 様

住 所
商号又は名称
代表者名

代表者印

公立朝来医療センター患者給食業務委託事業者選定に係る公募型プロポーザルへの参加について、募集要項6に掲げられる参加資格をすべて満たしていることを誓約します。

<連絡先>

所 属
氏 名
電 話
ファクシミリ
メールアドレス