別記様式第４号

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

千葉県循環器病センター病院長　中村　精岳　　様

住所又は所在地 〒

氏名又は商号名称

及び代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

千葉県循環器病センター自動販売機設置事業者募集に応募するにあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

１　千葉県循環器病センター自動販売機設置事業者募集要項「５　応募に必要な資格要件」の要件を満たしています。

２　提出した応募申込書に虚偽又は不正はありません。

３　設置事業者に決定した場合、千葉県循環器病センターホームページに設置事業者名及び決定金額を掲載することに同意します。

* 応募者が使用する印鑑は、印鑑証明書に登録された印鑑としてください。