（様式第２号）

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

大崎市病院事業管理者　様

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　 　　印

私は，医療事務業務公募型プロポーザルに参加を申し込むにあたり，医療事務業務公募型プロポーザル実施要領の参加資格を満たしていることを誓約します。