

(様式3)

誓約書

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

私は、泉佐野市が実施する国民健康保険診療報酬明細書等点検業務にあたり、
「泉佐野市国民健康保険診療報酬明細書等点検業務委託企画提案募集要項」に
定める参加資格を有する者に該当することを誓約いたします。

また、同要項の参加資格を有しない者に該当することとなった場合には速や
かにお届けするとともに申込を取り消されても何ら異存ないことを誓約します。