（様式４）

**誓　　約　　書**

私は、下記の事項について誓約します。なお、伊万里・有田地区医療福祉組合が必要な場合には、佐賀県警察伊万里警察署に照会することについて承諾し、照会で確認された情報は、今後私が伊万里・有田地区医療福祉組合と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれかに該当する者ではありません。

（１）暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団

（２）同法第２条第６号に規定する暴力団員

（３）暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者

（４）自己、自社又は第三者の不正な利益を図る目的若しくは第三者に損害を与える目的をもって暴力団を利用するなどしている者

（５）暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど直接的若しくは積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

（６）暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（７）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（１）から（７）に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

３　照会の結果、上記誓約事項が虚偽であった場合、伊万里・有田地区医療福祉組合との間における契約、許可、登録、申請等が取消し又は却下されても、異議ありません。

令和　　年　　月　　日

伊万里・有田地区医療福祉組合

病院事業管理者　桃﨑　宣明　様

**申　請　者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所  （法人にあっては本店所在地） |  | | |
| 法人名  （商号又は名称等） |  | | |
| 代表者職名 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏名  （法人にあっては本店の代表者氏名） | ㊞(実印) | | |
| 代表者の生年月日 | (大正・昭和・平成)　　　年　　月　　日 | 性別 | 男 ／ 女 |

**受　任　者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 委任先名（支店・営業所等） |  | | |
| 受任者職名 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 受任者氏名 | ㊞ | | |
| 受任者の生年月日 | (大正・昭和・平成)　　　年　　月　　日 | 性別 | 男 ／ 女 |

　※法人において、支店等に委任している場合は、受任者についても記載してください。