様式第３号の附表２

令和　　　年　　　月　　　日

長野県健康福祉部

健康増進課国民健康保険室長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

誓　　約　　書

　市町村国保高血圧管理不良者支援事業に係る委託業務の企画提案に当たり、公募型プロポーザル方式実施広告の「２　応募資格要件」に定められた資格を満たしていることを誓約します。