令和　　年　　月　　日

（宛先）　茅ヶ崎市病院事業管理者

誓約書

茅ヶ崎市立病院給食調理業務委託実施要領に記載の参加資格要件について、全ての参加要件を満たすことを誓約する。

所在地

名称

代表者名　　　　　　　　　　　　印